

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

所在地
名称 印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 都市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 都市				
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 —) 県 都市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 —) 県 都市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 —) 県 都市				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	指定居宅サービス			1新規 2変更 3終了		
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	療養通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
居宅介護支援			1新規 2変更 3終了			
施設	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						
特記事項	変更前			変更後		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書<基準該当事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

市町村長名

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

届出者	フリガナ 名称								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
	法人である場合その種別	法人所轄庁							
	代表者の職・氏名	職名		氏名					
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
	主たる事業所の所在地以外の 場所で一部実施する場合の出 張所等の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市							
	連絡先	電話番号		FAX番号					
届出を行う事業所の状況	管理者の氏名								
	管理者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市							
	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	登録年 月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める率 (市町村記載)
	訪問介護			1新規	2変更	3終了			%
	訪問入浴介護			1新規	2変更	3終了			%
	通所介護			1新規	2変更	3終了			%
	短期入所生活介護			1新規	2変更	3終了			%
	福祉用具貸与			1新規	2変更	3終了			%
	居宅介護支援			1新規	2変更	3終了			%
	介護予防訪問介護			1新規	2変更	3終了			%
	介護予防訪問入浴介護			1新規	2変更	3終了			%
	介護予防通所介護			1新規	2変更	3終了			%
介護予防短期入所生活介護			1新規	2変更	3終了			%	
介護予防福祉用具貸与			1新規	2変更	3終了			%	
介護予防支援			1新規	2変更	3終了			%	
基準該当事業所番号									
登録を受けている市町村									
介護保険事業所番号	(指定を受けている場合)								
既に指定等を受けている事業									
医療機関コード等									
特記事項	変更前					変更後			
関係書類	別添のとおり								

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「市町村が定める率」欄には、全国共通の介護報酬額に対する市町村が定める率を記載してください。
- 8 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 9 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜介護予防支援事業者用＞

平成 年 月 日

知事 殿

市町村長名

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

届出者	フリガナ 名称									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市								
	連絡先	電話番号		FAX番号						
	法人である場合その種別	法人所轄庁								
	代表者の職・氏名	職名		氏名						
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市								
	連絡先	電話番号		FAX番号						
	主たる事業所の所在地以外の 場所で一部実施する場合の出 張所等の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市								
	連絡先	電話番号		FAX番号						
届出を行う事業所の状況	管理者の氏名									
	管理者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市								
	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分		異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)		
	夜間対応型訪問介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無			
	認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無			
	小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無			
	認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無			
	地域密着型特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無			
	地域密着型介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了			1有 2無			
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規 2変更 3終了			1有 2無			
	複合型サービス			1新規 2変更 3終了			1有 2無			
介護予防認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無				
介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無				
介護予防認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無				
介護予防介護支援			1新規 2変更 3終了							
地域密着型サービス事業所番号等										
指定を受けている市町村										
介護保険事業所番号	(指定を受けている場合)									
既に指定等を受けている事業										
医療機関コード等										
特記事項	変更前					変更後				
関係書類	別添のとおり									

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙4)

平成 年 月 日

知事 殿

市町村名

基準該当サービスに係る特例居宅介護サービス費、特例介護予防サービス費、特例居宅介護サービス計画費及び特例介護予防サービス計画費の支給に係る上限の率の設定について

このことについて、上限の率を下記のとおり設定しましたのでお知らせします。

記

1 全国共通の介護報酬額に対して定める率

項目	サービスの種類	全国共通の介護報酬額 に対して定める率
特例居宅介護サービス費	訪問介護	%
	訪問入浴介護	%
	通所介護	%
	短期入所生活介護	%
	福祉用具貸与	%
特例介護予防サービス費	介護予防訪問介護	%
	介護予防訪問入浴介護	%
	介護予防通所介護	%
	介護予防短期入所生活介護	%
	介護予防福祉用具貸与	%
特例居宅介護サービス計画費		%
特例介護予防サービス計画費		%

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙5)

平成 年 月 日

知事 殿

事業所・施設名

指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問介護	(例) 10 %	(例) 毎日 午後2時から午後4時まで
	%	
	%	
訪問入浴介護	%	
	%	
	%	
通所介護	%	
	%	
	%	
短期入所生活介護	%	
	%	
	%	
特定施設入居者生活介護	%	
	%	
	%	
介護老人福祉施設	%	
	%	
	%	
介護予防訪問介護	%	
	%	
	%	
介護予防訪問入浴介護	%	
	%	
	%	
介護予防通所介護	%	
	%	
	%	
介護予防短期入所生活介護	%	
	%	
	%	
介護予防特定施設入居者生活介護	%	
	%	
	%	

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

市町村長 殿

事業所・施設名

地域密着型サービス事業者又は地域密着型介護予防サービス事業者による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービスの種類	割引率	適用条件
夜間対応型訪問介護	%	
	%	
	%	
認知症対応型通所介護	%	
	%	
	%	
小規模多機能型居宅介護	%	
	%	
	%	
認知症対応型生活共同介護	%	
	%	
	%	
地域密着型特定施設入居者生活介護	%	
	%	
	%	
地域密着型介護老人福祉施設	%	
	%	
	%	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	%	
	%	
	%	
複合型サービス	%	
	%	
	%	
介護予防認知症対応型通所介護	%	
	%	
	%	
介護予防小規模多機能型居宅介護	%	
	%	
	%	
介護予防認知症対応型生活共同介護	%	
	%	
	%	

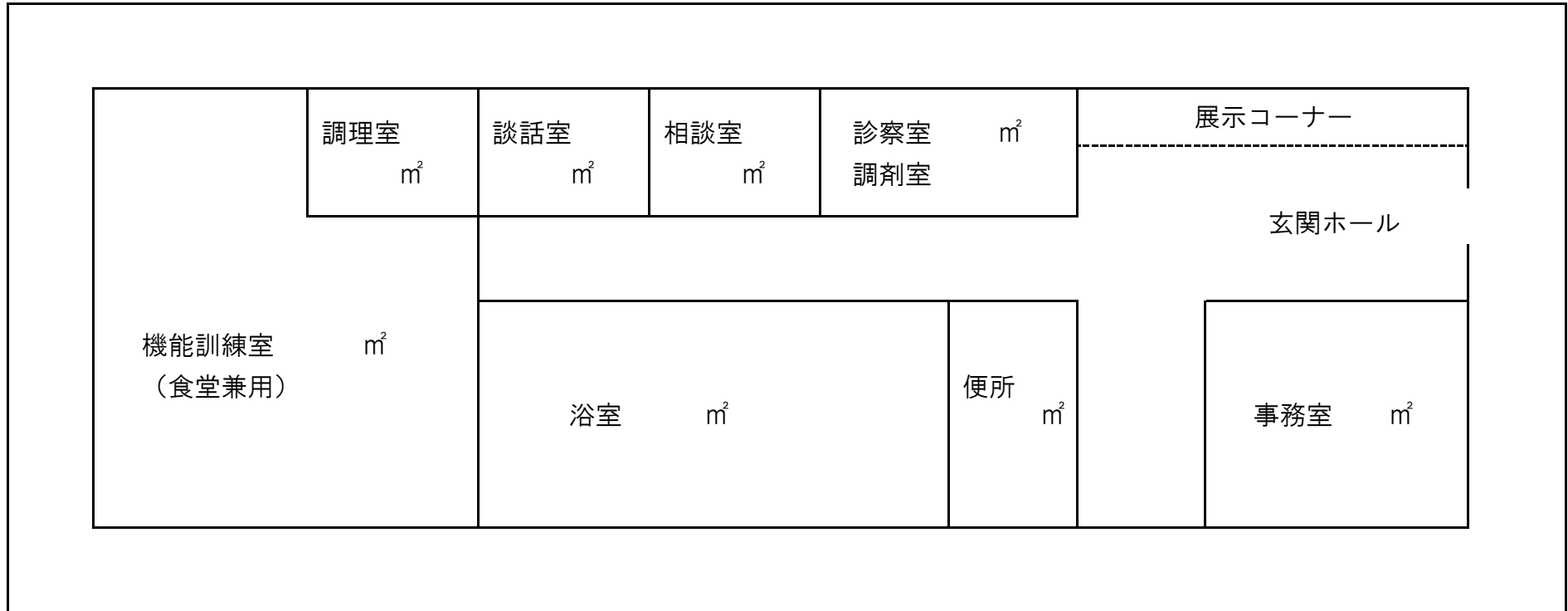
備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

(別紙6)

平面図

事業所・施設の名称 _____ 「該当する体制等 _____ 」



備考1 届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。

2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

(別紙7)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

サービス種類 ()

事業所・施設名 ()

「人員配置区分— 型」又は「該当する体制等— 」 [入所(利用)定員(見込)数等 名]

職 種	勤務形態	氏 名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
			*																																
		(記載例-1)	①	①	③	②	④	①	④																										
		(記載例-2)	ab	ab	ab	cd	cd	e	e																										

<配置状況>
看護職員：介護職員
(:)
看護師：准看護師 (日中)
(:)
看護師：准看護師 (夜間)
(:)

- 備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の類型又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。
- 3 届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。
(記載例1—勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)
(記載例2—サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)
※複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。
- 4 届出する従業者の職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務
- 5 常勤換算が必要なものについては、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 6 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 7 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 8 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(別紙8)

緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書

事業所名		異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設等の区分	1 (介護予防)訪問看護事業所(訪問看護ステーション) 2 (介護予防)訪問看護事業所(病院又は診療所) 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 4 複合型サービス事業所		
届出項目	1 緊急時訪問看護加算 2 特別管理加算に係る体制 3 ターミナルケア体制		

1 緊急時訪問看護加算に係る届出内容

① 連絡相談を担当する職員()人

保健師		人	常勤	人	非常勤	人
看護師		人	常勤	人	非常勤	人

② 連絡方法

--

③ 連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

2 特別管理加算に係る体制の届出内容

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。

有・無

② 当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。

有・無

③ 病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。

有・無

3 ターミナルケア体制に係る届出内容

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。

有・無

② ターミナルケアの提供過程における利用者の心身状況の変化及びこれに対する看護の内容等必要な事項が適切に記録される体制を整備している。

有・無

備考 緊急時の訪問看護、特別管理、ターミナルケアのそれぞれについて、体制を敷いている場合について提出してください。

(別紙9)

夜間看護体制に係る届出書

事業所名	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 特定施設入居者生活介護 2 地域密着型特定施設入居者生活介護

夜間看護体制加算に係る届出内容

看護職員の状況

保健師	常勤	人
看護師	常勤	人
准看護師	常勤	人

24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保している。	有・無

緊急短期入所体制確保加算及び看護体制加算に係る届出書
(短期入所生活介護事業所)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

1. 緊急短期入所体制確保加算に係る届出内容

① 前3カ月の稼働率 三 %

※ 3月間における利用延人員
1日当たりの利用定員 × 3月間の営業日数

② 緊急利用枠の確保

<u>利用定員の100分の5に相当する空床（緊急利用枠）を確保している。</u>	有・無
--	-----

2. 看護体制加算に係る届出内容

利用者数の状況

利用者数	<input type="text"/> 人
------	------------------------

看護職員の状況

看護師	常勤	人
准看護師	常勤換算	人

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
-----------------------	-----

備考 緊急短期入所体制、看護体制のそれぞれについて、体制を整備している場合について提出してください。

看護体制加算に係る届出書

事業所名		
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了	
施設種別	1 介護老人福祉施設	2 地域密着型介護老人福祉施設
届出項目	1 看護体制加算 (I) イ 3 看護体制加算 (II) イ	2 看護体制加算 (I) ロ 4 看護体制加算 (II) ロ

看護体制加算に関する届出内容

定員及び入所者の状況

定員	人	入所者数	人
----	---	------	---

看護職員の状況

保健師	常勤	人	常勤換算	人
看護師	常勤	人	常勤換算	人
准看護師	常勤	人	常勤換算	人

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
-----------------------	-----

看取り介護体制に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設

看取り介護体制に関する届出内容

看護職員の状況

看護師	常勤	人
-----	----	---

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有 ・ 無
② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得る体制を整備している。	有 ・ 無
③ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。	有 ・ 無
④ 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる体制を整備している。	有 ・ 無

特定事業所加算に係る届出書 (訪問介護事業所)

事業所名		異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了
届出項目	1 特定事業所加算(I)	2 特定事業所加算(II)	3 特定事業所加算(III)		

<p>[体制要件]</p> <p>(1) 個別の訪問介護員等に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。</p> <p>(2) 訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催している。</p> <p>(3) サービス提供責任者と訪問介護員等との間の情報伝達及び報告体制を整備している。</p> <p>(4) 訪問介護員等に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。</p> <p>(5) 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。</p> <p>[人材要件]</p> <p>(1) 訪問介護員等要件について 下表の①については必ず記載すること。②・③についてはいずれかを記載することで可。 [前年度・前三月]における一月当たりの実績の平均 ([] はいずれかに○を付ける。)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td></td> <td>常勤換算職員数</td> <td></td> </tr> <tr> <td>①</td> <td>訪問介護員等の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> <td>→ ①に占める②の割合が30%以上</td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> <td>→ ①に占める③の割合が50%以上</td> </tr> </table> <p>(2) サービス提供責任者要件について</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td></td> <td>職員数</td> <td>常勤換算職員数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">サービス提供責任者</td> <td>常勤</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>すべてが3年以上の介護業務の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である。</p> <p>[重度要介護者等対応要件] [前年度・前三月]における ([] はいずれかに○を付ける) →利用者の総数のうち、要介護4及び要介護5である者、認知症日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMである者並びにたんの吸引等が必要な者が占める割合が20%以上</p>			常勤換算職員数		①	訪問介護員等の総数 (常勤換算)	人		②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が30%以上	③	①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める③の割合が50%以上			職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	常勤	人		非常勤	人	人	<p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p>
		常勤換算職員数																										
①	訪問介護員等の総数 (常勤換算)	人																										
②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が30%以上																									
③	①のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める③の割合が50%以上																									
		職員数	常勤換算職員数																									
サービス提供責任者	常勤	人																										
	非常勤	人	人																									

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる (要件を満たすことがわかる) 書類も提出してください。

備考2 平成25年4月以降は、「介護職員基礎研修修了者」とあるのは「旧介護職員基礎研修修了者」と、「1級課程修了者」とあるのは「旧1級課程修了者」と読み替える。

備考3 「たんの吸引等が必要な者」は、社会福祉士及び介護福祉士法の規定に基づき、たんの吸引等の業務を行うための登録を受けている事業所に限り該当するものである。

特定事業所加算に係る届出書 (居宅介護支援事業所)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 特定事業所加算(I) 2 特定事業所加算(II)

<p>届出項目が「1 特定事業所加算(I)」の場合は①を、「2 特定事業所加算(II)」の場合は②を記載すること。</p> <p>① 常勤かつ専任の主任介護支援専門員を配置している。</p> <p>② 常勤かつ専任の主任介護支援専門員等を配置している。</p> <p>③ 介護支援専門員の配置状況</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="width: 30%;">介護支援専門員</td> <td style="width: 30%;">常勤専従</td> <td style="width: 40%;">人</td> </tr> </table> <p>④ 利用者に関する情報又はサービス提供にあたっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催している。</p> <p>⑤ 24時間常時連絡できる体制を整備している。</p> <p>⑥ 利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者に占める割合が50%以上</p> <p>⑦ 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。</p> <p>⑧ 地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。</p> <p>⑨ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。</p> <p>⑩ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用の有無</p> <p>⑪ 介護支援専門員1人当たり(常勤換算方法による)の担当利用者数が40名以上の有無</p>	介護支援専門員	常勤専従	人	<p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p>
介護支援専門員	常勤専従	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

(別紙11)

栄養マネジメントに関する届出書

1 事業所名																					
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了																				
3 施設種別	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 地域密着型介護老人福祉施設																				
4 栄養マネジメントの状況	<table border="1"><tr><td>常勤の管理栄養士</td><td>人</td></tr></table> <p>栄養ケア・マネジメントに関わる者</p> <table border="1"><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医 師</td><td></td></tr><tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr><tr><td>看 護 師</td><td></td></tr><tr><td>介 護 支 援 専 門 員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	常勤の管理栄養士	人	職 種	氏 名	医 師		管 理 栄 養 士		看 護 師		介 護 支 援 専 門 員									
常勤の管理栄養士	人																				
職 種	氏 名																				
医 師																					
管 理 栄 養 士																					
看 護 師																					
介 護 支 援 専 門 員																					

※ 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書 ((介護予防) 訪問入浴介護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

3 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。	有・無
	② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に関催すること。	有・無
	③ 健康診断等を定期的実施すること。	有・無

4 介護福祉士等の状況	下表の①については、必ず記載すること。②・③については、いずれかに記載すること可。			
	①	介護職員の総数（常勤換算）	人	
	②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が30%以上
	③	①のうち介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める③の割合が50%以上
			有・無	
			有・無	

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

備考2 平成25年4月以降は、「介護職員基礎研修修了者」とあるのは「旧介護職員基礎研修修了者」と読み替える。

サービス提供体制強化加算に関する届出書 ((介護予防) 訪問看護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

3 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。	有・無
	② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的開催すること。	有・無
	③ 健康診断等を定期的実施すること。	有・無

4 勤続年数の状況	① 看護師等の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数（常勤換算）	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(介護予防)訪問リハビリテーション事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

3 勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数	人	→ ①のうち②の者が1名以上	有・無
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(介護予防)通所介護・療養通所介護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 (介護予防)通所介護 2 療養通所介護
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I) 2 サービス提供体制強化加算(II) 3 サービス提供体制強化加算(III)

5 介護福祉士等の状況	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 40%以上	有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		

6 勤続年数の状況	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(介護予防)通所リハビリテーション事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I) 2 サービス提供体制強化加算(II)

4 介護福祉士等の状況	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 40%以上	有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		

5 勤続年数の状況	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算及び日常生活継続支援加算に関する届出書
 ((介護予防)短期入所生活介護事業所・介護老人福祉施設・地域密着型
 介護老人福祉施設)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 (介護予防)短期入所生活介護(単独型) 2 (介護予防)短期入所生活介護(併設型) 3 (介護予防)短期入所生活介護(空床利用型) 4 介護老人福祉施設 5 地域密着型介護老人福祉施設
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 4 日常生活継続支援加算

○ サービス提供体制強化加算に係る届出内容

5 介護福祉士等の状況	①	介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 50%以上	有・無
	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
6 常勤職員の状況	①	看護・介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 75%以上	有・無
	②	①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)	人		
7 勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

○ 日常生活継続支援加算に係る届出内容

8 入所者の 状況及び介護 福祉士の状況 ※介護老人 福祉施設 のみ	入所者の状況 (下表の①については必ず記載すること。②・③については いずれかを記載することで可)				
	①	入所者数	人		
	②	①のうち要介護状態区分が要介護4又 は要介護5の者の数	人	→ ①に占める ②の割合が 65%以上	有・無
	③	①のうち日常生活自立度のランクⅢ、 Ⅳ又はMに該当する者の数	人	→ ①に占める ③の割合が 60%以上	有・無
介護福祉士の割合					
	介護福祉士数	常勤換算	人	→ 介護福祉士 数：入所者 数が1：6 以上	有・無

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

備考2 介護老人福祉施設と(介護予防)短期入所生活介護において、別の加算を取得する場合は、別に本届出書を提出してください。空床利用型の(介護予防)短期入所生活介護について届け出る場合は、本体施設である介護老人福祉施設における状況を記載してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
 ((介護予防)短期入所療養介護事業所・
 介護老人保健施設・介護療養型医療施設)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 (介護予防)短期入所療養介護 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設
4 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

5 介護福祉士等の状況	①	介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 50%以上	有・無
	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
6 常勤職員の状況	①	看護・介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 75%以上	有・無
	②	①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)	人		
7 勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書（夜間対応型訪問介護事業所）

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

4 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。	有・無
	② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。	有・無
	③ 健康診断等を定期的実施すること。	有・無

5 介護福祉士等の状況	下表の①については、必ず記載すること。②・③については、いずれかに記載すること可。		
	① <u>訪問介護員等</u> の総数（常勤換算）	人	
	② ①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が30%以上
	③ ①のうち介護福祉士、 <u>実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の総数（常勤換算）</u>	人	→ ①に占める③の割合が50%以上
			有・無
			有・無

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

備考2 平成25年4月以降は、「介護職員基礎研修修了者」とあるのは「旧介護職員基礎研修修了者」と読み替える。

サービス提供体制強化加算に関する届出書 ((介護予防) 認知症対応型通所介護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I) 2 サービス提供体制強化加算(II)

4 介護福祉士等の状況	①	介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 40%以上	有・無
	②	①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
5 勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所)

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了		
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		
4 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。 ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。		有・無 有・無
5 介護福祉士等の状況	①	小規模多機能型居宅介護従業者(看護師又は准看護師であるものを除く)の総数(常勤換算)	人
	②	①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)	人 → ①に占める②の割合が40%以上
6 常勤職員の状況	①	小規模多機能型居宅介護従業者の総数(常勤換算)	人
	②	①のうち常勤の者の総数(常勤換算)	人 → ①に占める②の割合が60%以上
7 勤続年数の状況	①	小規模多機能型居宅介護従業者の総数(常勤換算)	人
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の総数(常勤換算)	人 → ①に占める②の割合が30%以上

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

4 介護福祉士等の状況	① 介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 50%以上	有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
5 常勤職員の状況	① 看護・介護職員の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 75%以上	有・無
	② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)	人		
6 勤続年数の状況	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I) 2 サービス提供体制強化加算(II) 3 サービス提供体制強化加算(III)

4 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。	有・無
	② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的開催すること。	有・無
	③ 健康診断等を定期的実施すること。	有・無

5 介護福祉士等の状況	① 訪問介護員等の総数 (常勤換算)	人	⇒ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	人		
	又は ③ ①のうち介護福祉士、実務者研修 修了者及び介護職員基礎研修課程 修了者の総数(常勤換算)	人		

6 常勤職員の状況	① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 従業者の総数(常勤換算)	人	⇒ ①に占める ②の割合が 60%以上	有・無
	② ①のうち常勤の者の総数 (常勤換算)	人		

7 勤続年数の状況	① 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 従業者の総数(常勤換算)	人	⇒ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	人		

備考1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

備考2 平成25年4月以降は、「介護職員基礎研修修了者」とあるのは「旧介護職員基礎研修修了者」と読み替える。

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(複合型サービス事業所)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(I) 2 サービス提供体制強化加算(II) 3 サービス提供体制強化加算(III)

4 研修等に関する状況	① <u>研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む）を実施又は実施を予定していること。</u>	有・無
	② <u>利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。</u>	有・無

5 介護福祉士等の状況	① <u>複合型サービス従事者（保健師、看護師又は准看護師であるものを除く）の総数（常勤換算）</u>	人	⇒ ①に占める②の割合が40%以上	有・無
	② <u>①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）</u>	人		

6 常勤職員の状況	① <u>複合型サービス従事者の総数（常勤換算）</u>	人	⇒ ①に占める②の割合が65%以上	有・無
	② <u>①のうち常勤の者の総数（常勤換算）</u>	人		

7 勤続年数の状況	① <u>複合型サービス従事者の総数（常勤換算）</u>	人	⇒ ①に占める②の割合が30%以上	有・無
	② <u>①のうち勤続年数3年以上の者の総数（常勤換算）</u>	人		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

介護老人保健施設（在宅強化型）の基本施設サービス費及び在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 人員配置区分	1 介護老人保健施設（在宅強化型） 2 介護老人保健施設（従来型）
4 届出項目	1 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（介護老人保健施設（従来型）のみ）

5 介護老人保健施設（在宅強化型）に係る届出内容				
① 退所者数の状況	① 前6月間の総退所者数(注1)		人	⇒ 5.0%以上 有・無
	② ①のうち、在宅で介護を受けることとなった者の数(注2)		人	
	③ ①に占める②の割合		%	
② ベッドの利用状況	① 前3月間の入所者の延日数		日	⇒ 1.0%以上 有・無
	② 前3月間の新規入所者数		人	
	③ 前3月間の新規退所者数(注3)		人	
	④ $30.4 \times (② + ③) \div 2 \div ③$		%	
③ 重症者の割合	① 前3月間の入所者延日数		日	⇒ 3.5%以上 有・無
	② 前3月間の要介護4・5の入所者の延日数		日	
	③ ①に占める②の割合		%	
	④ 前3月間の喀痰吸引を実施した入所者延日数		日	
	⑤ ①に占める④の割合		%	
	⑥ 前3月間の経管栄養を実施した入所者延日数		日	
	⑦ ①に占める⑥の割合		%	

6 在宅復帰・在宅療養支援機能加算に係る届出内容				
① 退所者数の状況	① 前6月間の総退所者数(注1)		人	⇒ 3.0%以上 有・無
	② ①のうち、在宅で介護を受けることとなった者の数(注2)		人	
	③ ①に占める②の割合		%	
② ベッドの利用状況	① 前3月間の入所者の延日数		日	⇒ 5%以上 有・無
	② 前3月間の新規入所者数		人	
	③ 前3月間の新規退所者数(注3)		人	
	④ $30.4 \times (② + ③) \div 2 \div ③$		%	

注1：入所期間が1月以上の者に限り、死亡退所者を除く。

注2：在宅における生活が要介護1～3の者は1月以上、要介護4・5の者は14日以上継続する見込みであることが確認された者に限る。

「在宅」とは、自宅その他自宅に類する住まいである有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム及びサービス付き高齢者住宅等を含む。

注3：死亡退所を含む

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

介護老人保健施設（療養型又は療養強化型）の基本施設サービス費に係る届出

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 人員配置区分	1 介護老人保健施設（療養型） 2 介護老人保健施設（療養強化型）

4 介護老人保健施設（療養型）に係る届出内容

① 新規入所者の状況（注）	① 前12月の新規入所者の総数		人				
	② ①のうち、医療機関を退院し入所した者の総数		人				
	③ ①のうち、自宅等から入所した者の総数		人				
	④ (①に占める②の割合) - (①に占める③の割合)		%			⇒ 3.5%以上	有・無
② 入所者・利用者の利用状況		前々々月末	前々月末	前月末	平均		
	① 前3月の入所者及び利用者の総数		人	人	人		
	② ①のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された入所者及び利用者		人	人	人		3月間の平均
	③ ①に占める②の割合		%	%	%	%	⇒ 1.5%以上
	④ ①のうち、日常生活自立度のランクMに該当する入所者及び利用者		人	人	人		又は
	⑤ ①に占める④の割合		%	%	%	%	⇒ 2.0%以上

5 介護老人保健施設（療養強化型）に係る届出内容

① 新規入所者の状況（注）	① 前12月の新規入所者の総数		人				
	② ①のうち、医療機関を退院し入所した者の総数		人				
	③ ①のうち、自宅等から入所した者の総数		人				
	④ (①に占める②の割合) - (①に占める③の割合)		%			⇒ 3.5%以上	有・無
② 入所者及び利用者の状況		前々々月末	前々月末	前月末	平均		
	① 前3月の入所者及び利用者の総数		人	人	人		
	② ①のうち、喀痰吸引若しくは経管栄養が実施された入所者及び利用者		人	人	人		3月間の平均
	③ ①に占める②の割合		%	%	%	%	⇒ 2.0%以上
	④ ①のうち、日常生活自立度のランクIV又はMに該当する入所者及び利用者		人	人	人		かつ
	⑤ ①に占める④の割合		%	%	%	%	⇒ 5.0%以上

注：当該施設が介護療養型老人保健施設への転換以後の新規入所者の実績が12月に達した時点から適用する。
 ※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

日中の身体介護20分未満体制の算定に係る届出書（訪問介護事業所）

事業所名	異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了		
<p>(1) <u>深夜（午後10時から午前6時までの時間）を除く時間帯を営業日及び営業時間として定めている。</u></p> <p>(2) <u>利用者又はその家族等から電話等による連絡があった場合に、24時間対応できる体制にあること。</u></p> <p>連絡方法</p> <div data-bbox="267 725 1230 841" style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>(3) <u>指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を併せて受けている。</u></p> <p>(4) <u>指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の指定を受けようとする計画を策定している。</u></p> <div data-bbox="267 1087 1230 1175" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><table><tr><td style="width: 30%; text-align: center;">実施予定年月日</td><td style="width: 70%; text-align: center;">年 月 日</td></tr></table></div> <p><u>（実施予定年月日は平成27年3月31日までの間のいずれかの日）</u></p>		実施予定年月日	年 月 日	<p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p> <p>有 ・ 無</p>
実施予定年月日	年 月 日			

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

