

(加算様式1-1)

記載例

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

平成22年 9月10日

東京都知事 殿

法人所在地 新宿区西新宿2 - 8 - 1
法人名称 株式会社都庁ケア
代表者 × × × ×



このことについて、以下の関係書類を添えて届け出ます。

- 1 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 1部
- 2 添付書類
 - ・機能訓練指導員（理学療法士）の資格証の写し
 - ・勤務形態一覧表

(届出内容)

- ・個別機能訓練体制加算（新規）

(担当者連絡先)

所 属 株式会社都庁ケア

電話番号 03 - 1111 - 2222

F A X 03 - 1111 - 2223

氏 名

記載例 (廃止)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号 11370001234 異動区分 1:新規、2:変更、3:終 事業所電話番号 03-1111-2222

事業所名 都庁サービスセンター 記入担当者氏名 ○○ ○○

※ 実施するサービスについて、「施設等の区分」欄、「人員配置区分」欄、「その他該当する体制等」欄のそれぞれ項目のうち該当する番号に○を付けてください。

施設名	提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等	割引
11	事業所番号・事業所名称を記入	平成 年 月 日				1. なし 2. あり
61	介護予防訪問介護	平成 年 月 日			なし	2. あり 3. 加算 I 4. 加算 III
12	訪問入浴介護	平成 年 月 日			なし	2. あり
62	介護予防訪問入浴介護	平成 年 月 日			なし	2. あり
13	訪問看護	平成 年 月 日			1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
63	介護予防訪問看護	平成 年 月 日			1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
14	訪問リハビリテーション	平成 年 月 日			1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
64	介護予防訪問リハビリテーション	平成 年 月 日			1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
15	通所介護	平成 22 年 10 月 25 日			1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
65	介護予防通所介護	平成 年 月 日			1. なし 2. あり	1. なし 2. あり

該当する異動区分を
 1: 新規...加算項目を追加する場合 (新規申請時含む)
 2: 変更...既に算定している加算において、区分を変更する場合 (例: 特別事業所加算)
 3: 終了...算定していた加算を取り下げる場合

【体制等状況一覧表の記入の際の注意】
異動 (新規・変更・廃止) のある加算項目のみ記載してください。
 (異動のない加算項目は、記載は不要です)。

これまで算定していた「**栄養改善加算**」について、**管理栄養士の配置がなくなる (算定要件を満たさなくなる) 場合、当該日から算定できなくなります。**
この場合、直ちに届け出ることが必要です。

今回届け出るサービスにチェック (又は) をつける。

加算の算定要件を満たさなくなった場合、廃止 (加算の取下げ) の届出を行います。