

(別紙3-2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
<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><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
令和 3年 5月 13日
長崎市長 様

所在地 長崎県長崎市岩屋町26-21
名称 有限会社 優愛会

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。

Form containing applicant information (フリガナ, 住所, 連絡先), business status (事業所の状況), and service details (届出を行う事業所の状況) including a table of service types and their status.

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
備考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。
備考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。
備考4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
備考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。
備考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(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
備考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。
備考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3-2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
<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><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
令和 3年 5月 14日
長崎市長 様

所在地 長崎県長崎市岩屋町26-21
名称 有限会社 優愛会

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。

Form containing applicant information (フリガナ, 住所, 連絡先), business status (事業所の状況), and service details (届出を行う事業所の状況) including a table of service types and their status.

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
備考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。
備考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。
備考4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
備考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。
備考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(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
備考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。
備考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3-2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
<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><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
令和 3年 5月 15日
長崎市長 様

所在地 長崎県長崎市岩屋町26-21
名称 有限会社 優愛会

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。

Form containing applicant information (フリガナ, 住所, 連絡先), business status (事業所の状況), and service details (届出を行う事業所の状況) including a table of service types and their status.

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
備考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。
備考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。
備考4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
備考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。
備考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(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
備考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。
備考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1-3)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス）

事業所番号	4	2	7	0	1	3	5	5	4	6
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等					LIFEへの登録	割引	
各サービス共通			地域区分	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他	2 4級地	3 5級地		
78 地域密着型通所介護	1 地域密着型通所介護事業所 2 療養通所介護事業所		職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員	3 介護職員			1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	1 なし	2 あり					
			時間延長サービス体制	1 対応不可	2 対応可					
			共生型サービスの提供（生活介護事業所）	1 なし	2 あり					
			共生型サービスの提供（自立訓練事業所）	1 なし	2 あり					
			共生型サービスの提供（児童発達支援事業所）	1 なし	2 あり					
			共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）	1 なし	2 あり					
			生活相談員配置等加算	1 なし	2 あり					
			入浴介助加算	1 なし	2 加算Ⅰ	3 加算Ⅱ				
			中重度者ケア体制加算	1 なし	2 あり					
			生活機能向上連携加算	1 なし	3 加算Ⅰ	2 加算Ⅱ				
			個別機能訓練加算	1 なし	2 加算Ⅰイ	3 加算Ⅰロ				
			ADL維持等加算〔申出〕の有無	1 なし	2 あり					
			ADL維持等加算Ⅲ	1 なし	2 あり					
			認知症加算	1 なし	2 あり					
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり					
			栄養アセスメント・栄養改善体制	1 なし	2 あり					
			口腔機能向上加算	1 なし	2 あり					
			科学的介護推進体制加算	1 なし	2 あり					
			サービス提供体制強化加算	1 なし	6 加算Ⅰ（イの場合） Ⅲ（イの場合）	5 加算Ⅱ（イの場合） 8 加算Ⅲイ（ロの場合）	7 加算Ⅲ（ロの場合） 4 加算Ⅲロ（ロの場合）			
介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算Ⅰ	5 加算Ⅱ	2 加算Ⅲ	3 加算Ⅳ	4 加算Ⅴ				
介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 加算Ⅰ	3 加算Ⅱ							

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価 届出様式

- 本様式は、感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価を届け出る際に使用するものです。
 ○ 記入にあたっては、「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（老認発0316第4号・老老発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知）のほか、各項目の注を参照の上、行ってください。

(1) 事業所基本情報

事業所番号	4270135546	事業所名	デイサービス クローバー・ガーデン滑石		
担当者氏名	濱松 教一	電話番号	095-855-9608	メールアドレス	cg-nameshi@fujimoto-group.jp
サービス種別	地域密着型通所介護		規模区分		

- ※ 青色セルは直接入力、緑色セルはプルダウン入力してください（以下同じ）。
 ※ サービス種別が通所介護及び通所リハビリテーションの場合には、規模区分欄も記載してください。

(2) 加算算定・特例適用の届出

利用延人員数の減少が生じた月	令和 3 年 4 月
利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数	217 人
利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数	254 人
加算算定の可否	可
特例適用の可否	否

- ※ 黄色セルは自動計算されますので、入力しないでください（以下同じ）。
 ※ 「利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数」「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの利用延人員数」については、
 以下を準用し算定してください（以下、利用延人員数の計算にあたっては、すべてこれによることとします。）
 ・通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）第2の7（4）及び（5）
 ・通所リハビリテーションについては、同通知第2の8（2）及び（8）
 ※ 「加算算定の可否」「特例適用の可否」欄のいずれかに「可」が表示された場合は、利用延人員数の減少が生じた月の翌月15日までに都道府県・市町村に本様式を提出することで、加算算定・特例適用の届出を行うことができます。（両欄とも「否」が表示された場合は、提出不要で

加算算定事業所のみ

※ 加算算定開始後に記入してください。（加算を算定しない事業所は記入及び届出の必要はありません。）

(3) 加算算定後の各月の利用延人員数の確認

	年月	各月の利用延人員数	減少割合
利用延人員数の減少が生じた月	令和3年4月	217	14.40%
加算算定届提出月	令和3年5月		
加算算定開始月	令和3年6月		
加算延長判断月	令和3年7月		
加算終了／延長届提出月	令和3年8月		
延長適用開始月	令和3年9月		
	令和3年10月		
延長適用終了月	令和3年11月		

➔

加算算定の可否
 可
 減少の2か月後に算定開始

- ※ 加算算定の届出を行った場合は、利用延人員数の減少が生じた月から適用（延長含む）終了月まで、各月の利用延人員数を入力してください。
 ※ 「加算算定の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を提出してください。（提出を怠った場合は、加算に係る報酬について返還となる場合がありますので、ご注意ください。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。）

加算算定事業所であって、(3) オレンジセルに「可」が表示された事業所のみ

※ 加算算定開始後に記入してください。

(4) 加算算定の延長の届出

加算算定の延長を求める理由	(例)利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要するため
---------------	-----------------------------------

- ※ 加算算定の延長を求める場合は、その理由を入力し、延長届提出月の15日までに都道府県・市町村に本様式を提出することにより、加算算定の延長の届出をすることができます。

(参考)

利用延人員数計算シート(通所介護・地域密着型通所介護・(介護予防)認知症対応型通所介護)

本シートは「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」(老認発0316第4号・老老発0316第3号令和3年3月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知)に基づき、各月の利用延人員数及び前年度の1月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたり、補助的に活用いただくことを想定して作成したものです。

※ 各都道府県・市町村において、本シートとは別に、利用延人員数を計算するための様式等が準備されている場合は、そちらを使用してください。

※ 通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護は、以下まとめて「通所介護等」といいます。

※ 通所介護費、地域密着型通所介護費、(介護予防)認知症対応型通所介護費は、以下まとめて「通所介護費等」といいます。

※ 青色セルには数値を入力し、緑色セルにはプルダウンから選択して入力してください。入力された数値等に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。

○ 前年度の実績が6月以上の場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数・各月の利用延人員数

	率	令和2年										令和3年			4月～2月 合計
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月		
通所介護等 ※1	3時間以上4時間未満及び 4時間以上5時間未満 (2時間以上3時間未満を含む)	1/2	34	45	55	51	33	37	40	38	26	24	26	26	
	5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満	3/4	143	117	90	92	87	97	89	69	74	81	86	106	
	7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満	1	125	135	173	167	155	150	167	153	134	98	100	130	
第一号通所 事業 介護予防認 知症対応型 通所介護 ※2・3	①	5時間未満	1/2	2					2	5	3	2	3	3	3
		5時間以上6時間未満及び 6時間以上7時間未満	3/4	13	9	16	25	18	26	29	24	28	22	30	29
		7時間以上8時間未満及び 8時間以上9時間未満	1		4	6	8	8	8	7	6	7	8	7	8
	②	同時にサービスの提供を受けた 者の最大数を営業日ごとに加え た数	1												
各月の利用延人員数			260.00	256.00	286.00	288.25	258.25	269.75	285.00	249.25	231.50	196.75	208.50	253.75	
毎日事業を実施した月(○印) ※4		6/7													
合計			260.00	256.00	286.00	288.25	258.25	269.75	285.00	249.25	231.50	196.75	208.50	253.75	2789.250 (a)
【留意事項】												通所介護費等を算定している月数 (3月を除く)		11 (b)	
※1 各月の通所介護等を利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。												平均利用延人員数 (a÷b) ※5		253.568 (c)	
※2 通所介護又は地域密着型通所介護と第一号通所事業(介護予防通所介護相当)の指定をあわせて受け、通所介護と一体的に実施している場合は、以下のいずれかを行ってください。 ・①に、各月の第一号通所事業を利用した人数を、利用時間ごとに記入。 (緩和した基準によるサービス(通所型サービスA)の利用者は、利用者数に含めません。) ・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。 (例:ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数」は「132人」となる。)												※5 (c)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。(令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少に係る届出を行う場合は、(c)の値のほか、前年同月(令和2年2月又は3月)の利用延人員数を記入することもできます。) ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(c)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。			
※3 認知症対応型通所介護と介護予防認知症対応型通所介護の指定をあわせて受け、認知症対応型通所介護と一体的に実施している場合は、以下のいずれかを行ってください。 ・①に、各月の介護予防認知症対応型通所介護を利用した人数を、算定している報酬時間区分別に記入。 ・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。(記入例は※2を参照のこと。)															
※4 1年間(暦月)、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は○を記入してください。(利用延人員数が6/7になります。)															

○前年度の実績が6月に満たない場合(新たに事業を開始・再開した場合を含む)及び前年度から定員を概ね25%以上変更しようとする場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数

利用定員 ※6	×	90%	×	1月当たりの営業日数 ※7	=	平均利用延人員数 ※8 (d)
---------	---	-----	---	---------------	---	-----------------

【留意事項】

※6 都道府県知事等に届け出た利用定員数を記入してください。

※7 予定される1月当たりの営業日数を記入してください。

※8 (d)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(d)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。