

記載方法と添付書類

- ・添付書類はA 4 サイズのものをご用意ください。
(建物の全体図等、縮小が難しいものを除く)
- ・各書類の記入例もあわせてご覧ください

番号	添付書類	説明
申請書	指定居宅介護支援事業者 指定申請書 (第 1 号様式)	・申請者は法人です。法人印（代表者印）は、法人の印鑑登録されたものを押印してください。 ・申請者欄の記載（名称、所在地、法人種別、代表者職種、代表者、代表者住所等）は、登記内容及び条例等と一致します。 ・事業所の名称、所在地は、付表 1 及び運営規程等と一致します。 ・申請事業の種類、開始予定年月日を記入してください。
1	指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項 (付表 1)	・予定利用者数を記入してください（利用者 35 人に対し、介護支援専門員 1 名（常勤換算）の配置が標準です） ・従業者欄は、従業者の勤務形態一覧表と一致します（ケアマネ業務をしない管理者は、記載しないでください）。 ・主な掲示事項欄の内容は、運営規程と一致します。
2	介護支援専門員一覧 (付表 2)	・介護支援専門員の氏名・介護支援専門員番号（8 桁）は、添付する資格証明書の内容と一致します。 ・員数は、付表 1 3 の介護支援専門員の数と一致します（ケアマネ業務をしない管理者は、記載しないでください）。
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式 1)	・管理者及び従業者全員について、毎日の勤務時間数（4 週間分）を記載してください。 ・職種は管理者、介護支援専門員、その他（事務職員等） ・就業規則（労働時間、休日等が分かるもの）を添付してください。 なお、従事者が 10 人未満のため作成していない場合は、別紙「常勤職員の勤務時間に関する調べ」を添付してください。 ・組織体制図 管理者や従事者が他の事業の管理者等を兼ねる場合は、全体の概要が分かるようにしてください。 ・「介護支援専門員証の写し」（A 4 サイズ）又は「介護支援専門員登録証明書の写しと『介護支援専門員の新登録番号及び介護支援専門員証の有効期間について』の写し」を添付してください。 資格証等写しの裏面に、「〇月 1 日（指定予定日）より〇〇事業所（当該事業所名）に〇〇として勤務予定である」旨の本人自筆の誓約、住所、氏名、電話番号の記入、捺印をお願いします。（資格証の写しに雇用契約書の写しを添付することでも可） ・その他の注意事項は「参考様式 1 従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり
4	事業所の平面図 (参考様式 2)	・事業所の平面図（用途・机や備品等の配置を明示したもの） ・事務室（昭島市で指定をする際には、当該事業所用の事務机 1 以上と、個人情報保護のための鍵付書庫等の配置を確認しています） ・相談のためのスペース（昭島市で指定をする際には、専用の個室になっているか、四方がパーテーション等で区切られており、利用者のプライバシーが保たれること、相談できるような設備が整えられていることを確認しています） ・自宅と併設する場合（昭島市で指定をする際には、事業所専用の出入り口が設けられていることを確認しています）及び他事業所と併設する場合は、全体がわかる図面を添付し、申請している事業所の位置を示してください。 ・次のカラー写真を A 4 の台紙等に貼り付けてください。 ・建物外観 ・事業所入り口 ・事務室（事務机、鍵付書庫） ・相談室（相談室が個室または仕切りで仕切られていることがわかる写真、相談室内部の写真）
5	運営規程（両面印刷可）	・次の内容について、具体的に分かりやすく定めてください。 1 事業の目的及び運営の方針 2 従業者の職種、員数及び職務内容（常勤・非常勤の別） 3 営業日及び営業時間 * 申込みを受け付ける日・時間を記載してください。 - また、年間の休日も記載してください。 4 指定居宅介護支援の提供方法、内容（利用者の相談を受ける場所、使用する主な課題分析票の種類、サービス担当者会議の開催場所等）及び利用料その他の費用の額 * 利用料その他の費用の額については、料金表を添付するなど具体的に定めてください。 5 通常の事業の実施地域 * 訪問に際し、通常の実施地域に係る交通費は介護報酬に含まれています。（交通費を徴収せずに行ける範囲としてください。なお、通常の地域以外の場合は、交通費の支払いを利用者から受けることができます） 6 その他運営に関する重要事項

番号	添付書類	説明
6	利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要 (参考様式 3)	- 次の事項について、具体的に分かりやすく記載してください。 - 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口・担当者の設置（担当者名や連絡先、受付時間） - 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 - 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等 - その他参考事項
8	関係区市町村並びに他の保健・医療・福祉サービスの提供 主体との連携の内容	- 次の事項について、具体的に分かりやすく記載してください。 - 関係区市町村との連携内容 - サービス提供前の受給資格の確認等 - 居宅サービス計画の作成等 - 利用者に関する通知 - 事故発生時の対応等 - 他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携の内容 - サービス提供困難時の対応 - 指定居宅サービス事業者との連携 - 介護保険施設との連携 - 事故発生時の対応等 - その他参考事項
9	介護保険法第 79 条第 2 号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式 4)	内容をご確認のうえ、誓約できる場合は、法人名・代表者名を記入し、法人の代表者印を押印してください。

居宅介護支援事業所の指定申請に係る添付書類一覧

記入例

(この書類も提出してください。)

申請する事業所の名称	ケアプランセンター ○○
------------	--------------

	申 請 書 及 び 添 付 書 類	申請者 確認欄	備 考
申請書	指定居宅介護支援事業者指定申請書（第1号様式）	○	
	指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項（付表1）	○	
	介護支援専門員一覧（付表2）	○	
1	登記事項証明書（登記簿謄本）又は条例等	○	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）	○	
	就業規則の写し、組織体制図、資格証の写し、雇用契約書の写し又は誓約文	○	
3	事業所の平面図（参考様式2）	○	
	外観及び内部の様子がわかる写真	○	
4	運営規程（料金表含む）	○	
5	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式3）	○	
6	関係区市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容	○	
7	介護保険法第79条第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書（参考様式4）	○	
8	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算様式1-1）	○	

- 備考 1 「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。
- 2 添付書類については、次頁以降の説明を参照してください。

担 当 者 連 絡 先	
提出いただいた申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。	
事業所名	ケアプランセンター ○○
担当者名	昭島 花子
連絡先	(電話) 042-544-5111 (FAX) 042-546-8855

指定居宅介護支援事業所指定申請書

記入例

〇〇 年 4 月 1 日

（宛先） 昭島市長

申請者

所在地
名 称
代表者の職・氏名

東京都昭島市田中町〇ー〇ー〇
株式会社〇〇
代表取締役 昭島 太郎



介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請（開設）者	フリガナ	カブシキガイシャ 〇〇																										
	名 称	株式会社 〇〇																										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 196 - 0014) 東京都昭島市田中町〇ー〇ー〇																										
	連絡先	電話番号	042-544-5111								F A X 番号	042-546-8855																
	法人の種別	社会福祉法人								法人の所轄庁	東京都																	
	代表者の職氏名 生年月日	職 名	代表取締役	フリガナ	アキシマ タロウ								生年月日															
				氏 名	昭島 太郎								昭和〇年〇月〇日															
代表者の住所	(郵便番号 196 - 0000) 東京都〇〇市〇〇町〇ー〇ー〇																											
指定を受けようとする事業所	フリガナ	ケ	ア	プ	ラ	ン	セ	ン	タ	ー	〇	〇																
	名 称	ケ	ア	プ	ラ	ン	セ	ン	タ	ー	〇	〇																
	事業所等の所在地	(郵便番号 196 - 0014) 東京都昭島市田中町 1 - 1 7 - 1																										
	事業所連絡先	電話番号	042-544-5111								F A X 番号	042-546-8855																
	事業開始 予定年月日	〇〇年4月1日																										

備考 1 「法人の種別」の欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記載してください。

2 「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載してください。

3 介護保険法施行規則 1 3 2 条の第 1 項に規定する書類等を添付してください。

付表 1

指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

記入例

事業所	フリガナ	ケ ア プ ラ ン セ ン タ - ○ ○																								
	名 称	ケ ア プ ラ ン セ ン タ - ○ ○																								
	所在地	(郵便番号 1 9 6 - 0 0 1 4) 東京都昭島市 田中町1-17-1																								
	連絡先	電話番号	042-544-5111									F A X 番号	042-546-8855													
管理者	フリガナ	アキシマ ハナコ							住 所	(郵便番号 196 - 0000) 東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇																
	氏 名	昭島 花子																								
	生年月日	昭和〇年〇月〇日																								
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無										☐ 有 ☒ 無															
	兼務する同一敷地内の							事業所等名称																		
	他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)							兼務する職種 及び勤務時間等																		
○人員に関する基準の確認に必要な事項																										
従業者の職種・員数(人)		介護支援専門員																								
		専 従					兼 務																			
		常 勤(人)					1															1				
非常勤(人)					1																					
事業開始時の利用者の推定数										70人																
主な 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日		夏季(8/13~8/15)および 年末年始(12/29~1/3)														
	営業時間	平 日	9:00		~	18:00		土 曜	9:00		~	18:00		日曜・祝日			~									
		備 考	緊急時連絡等については、電話転送により24時間対応																							
	利用料	法定代理受領分					なし																			
		法定代理受領分以外					介護報酬告示上の額																			
	その他の費用	別途運営規程に定める																								
通常の事業実施地域	① 昭島市					② 立川市					③					④					⑤					
	備 考																									
添付書類		別添のとおり																								

備考 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

付表 2

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

	氏 名		介護支援専門員登録番号
①	フリガナ	アヅマ ハナ	1312****
	氏 名	昭島 花子	
②	フリガナ	カド ヌウ	1334****
	氏 名	介護 太郎	
③	フリガナ	カド ハナ	1356****
	氏 名	介護 花子	
④	フリガナ		
	氏 名		
⑤	フリガナ		
	氏 名		
⑥	フリガナ		
	氏 名		
⑦	フリガナ		
	氏 名		
⑧	フリガナ		
	氏 名		
⑨	フリガナ		
	氏 名		
⑩	フリガナ		
	氏 名		
⑪	フリガナ		
	氏 名		
⑫	フリガナ		
	氏 名		
⑬	フリガナ		
	氏 名		
⑭	フリガナ		
	氏 名		
⑮	フリガナ		
	氏 名		
⑯	フリガナ		
	氏 名		

備考1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

記入例

		(〇〇年4月分)														サービス種類 (居宅介護支援)																
		事業所名 (ケアプランセンター 〇〇)																														
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	備考 (兼務先・兼務内容等)
			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		
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日		
管理者	B	昭島 花子	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	
介護支援専門員	B	昭島 花子	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	
	A	介護 太郎	8		8	8	8	8		8		8	8	8	8		8		8	8	8	8		8		8	8	8	8		160	
	C	介護 花子		8		4		8			8		4		8			8		4		8			8		4		8		80	

- 備考 1 * 欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）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。
(事務職員については、勤務している場合は記入してください。なお、指定後、事務職員の変更については、変更届の提出は不要です)
- 3 勤務形態の欄には、下記区分のとおり記載してください。
- 勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：非常勤で専従 D：非常勤で兼務
- 4 兼務がある場合は、兼務先及び兼務する職務の内容について、備考欄に記入してください。

記入例

常勤職員の勤務時間に関する調べ

(* 就業規則がある場合は、就業規則を提出してください)

従事者が10人未満で、
就業規則がない場合のみ
提出してください。

1日あたりの労働時間－①

勤務日	月	～	金	曜日
始業時間	9	時	0	分
終業時間	17	時	0	分
休憩時間	1	時間		

計	7	時間 (A)
	5	日勤務 (B)

例示)

月曜日から金曜日までの勤務が
9:00～17:00、休憩時間1時間
の1日7時間勤務、土曜日の勤務
が9:00～15:00、休憩時間1時
間の1日5時間勤務で、休日が日
曜・祝日の場合

1日あたりの労働時間－②

勤務日		～	土	曜日
始業時間	9	時	0	分
終業時間	15	時	0	分
休憩時間	1	時間		

計	5	時間 (C)
	1	日勤務 (D)

休日

土曜日	
日曜日	○
() 曜日	
祝日	○
会社の指定する日	

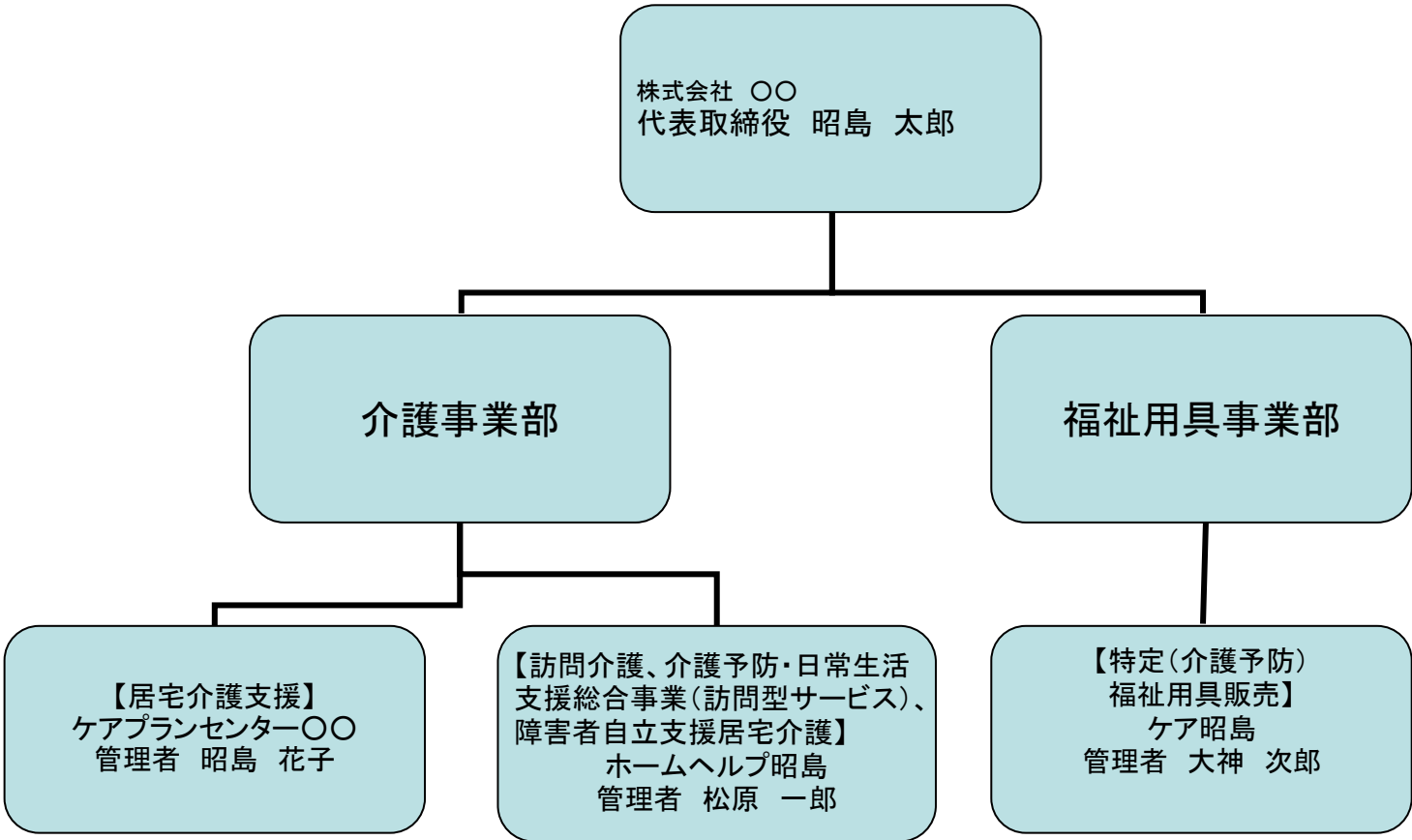
週あたりの労働時間

$$((A) \times (B)) + ((C) \times 40) \text{ 時間}$$

<備考> 1 業務の都合により、始業・終業時間を繰り上げまたは繰り下げする場合がある。
2 業務の都合により、所定時間を越えて労働を命じることがある。
3 業務の都合により、休日に労働を命じることがある。
上記1から3の労働を命ずる場合は、本人と事前に協議する。

組織体制図

記入例



《介護支援専門員》
栢島 三郎
東 梅子

《サービス提供責任者》
介護福祉士 中神 二葉
《訪問介護員》
訪問介護員 田中 三千子
訪問介護員 美堀 四郎

《福祉用具専門相談員》
宮沢 五郎

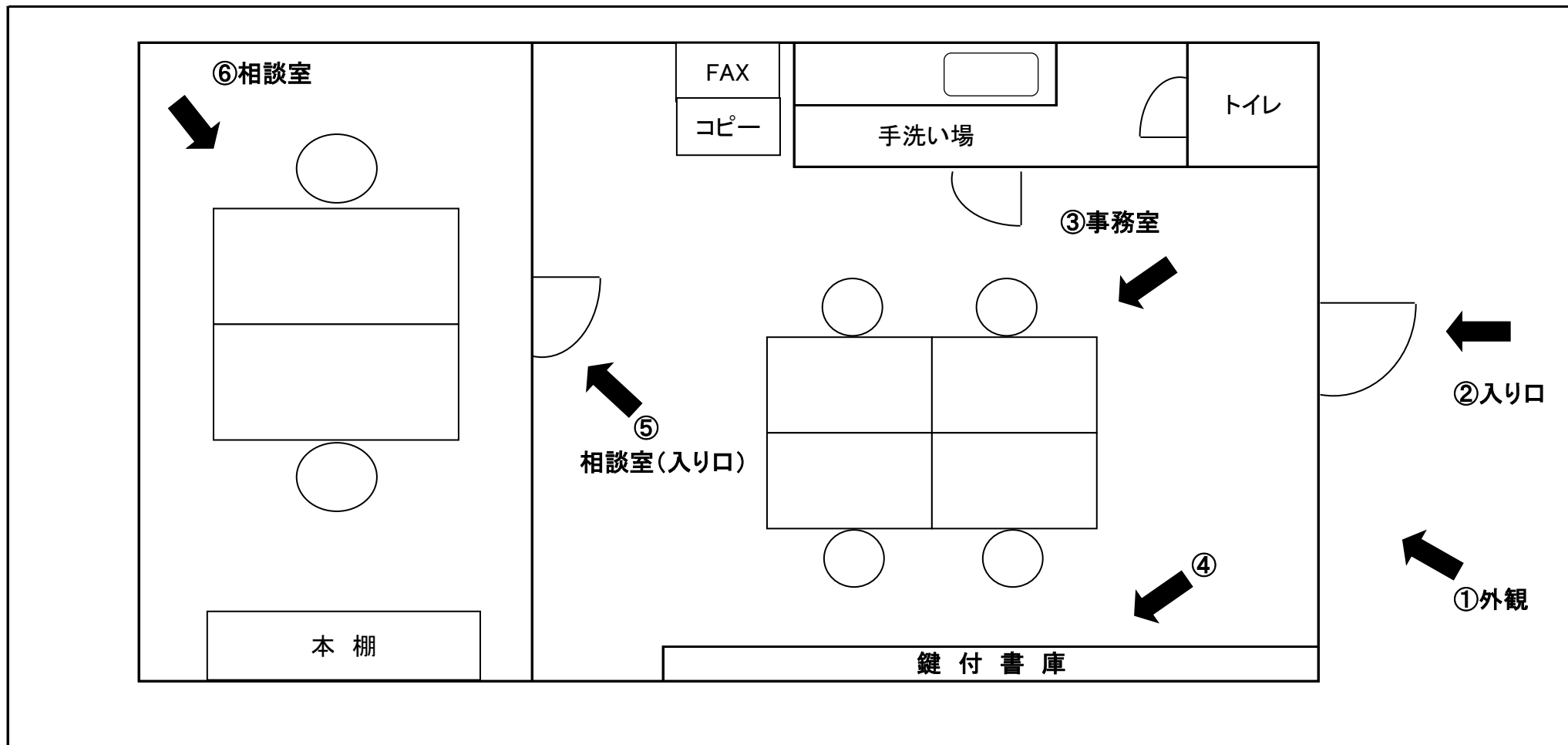
法人・事業所内の指揮命令系統
及び
同一敷地内の他事業所との兼務関係
がわかるように記入してください。

(参考様式2)
事業所の平面図等

記入例

事業所の名称

ケアプランセンター ○○



備考1 各室の用途を記載してください。

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。

3 設備及び備品の概要を記載することとなっている場合は、本様式の余白部分に当該サービスの提供を行うために整備する備品等の品名及び員数を記載することで差し支えありません。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所名	ケアプランセンター ○○
申請するサービス種類	居 宅 介 護 支 援

措 置 の 概 要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置 ① 連絡先 TEL 03-5320-△△△△ FAX 03-5388-〇〇〇〇 ② 担当者名 昭島 花子 ③ 受付時間 9:00～18:00 ④ 担当者が不在の場合の対応
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ① 苦情原因の把握 . ② 検討会の開催 ③ 改善の実施 ④ 解決困難な場合 ⑤ 再発防止 ⑥ 事故発生時の対応など
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入） .
4	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

介護保険法第79条第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

〇〇年 4月 1日

(宛先) 昭島市長

住所

東京都昭島市田中町〇―〇―〇

申請者

氏名 (法人にあつては名称及び代表者名)

株式会社〇〇

代表取締役 昭島 太郎

代表
者印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第三号の二から第五号まで又は第六号から前号までのいずれかに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第79条第2項)

- 一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の介護支援専門員の人員が、第八十一条第一項の市町村の条例で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第八十一条第二項に規定する指定居宅介護支援の事業の運営に関する基準に従って適正な居宅介護支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 三の二 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 五 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五の二 申請者と密接な関係を有する者が、第八十四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定居宅介護支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定居宅介護支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定居宅介護支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

- 六 申請者が、第八十四条第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六の二 申請者が、第八十三条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第八十四条第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 六の三 第六号に規定する期間内に第八十二条第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 八 申請者が、法人で、その役員等のうちに第三号の二から第五号まで又は第六号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 九 申請者が、法人でない事業所で、その管理者が第三号の二から第五号まで又は第六号から第七号までのいずれかに該当する者であるとき。

介護保険法施行令

（労働に関する法律の規定）

第三十五条の三 法第七十条第二項第五号の二（法第七十条の二第四項（法第七十八条の十二、第百十五條の十一、第百十五條の二十一及び第百十五條の三十一において準用する場合を含む。）において準用する場合を含む。）、第七十八条の二第四項第五号の二（法第七十八条の十四第三項において準用する場合を含む。）、第七十九条第二項第四号の二（法第七十九条の二第四項において準用する場合を含む。）、第八十六条第二項第三号の二（法第八十六条の二第四項において準用する場合を含む。）、第九十四条第三項第五号の二（法第九十四条の二第四項において準用する場合を含む。）、第一百七条第三項第六号（法第八十八条第四項において準用する場合を含む。）、第百十五條の二第二項第五号の二、第百十五條の十二第二項第五号の二及び第百十五條の二十二第二項第四号の二の労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものは、次のとおりとする。

一 労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）第百七条、第百十八条第一項（同法第六条及び第五十六条の規定に係る部分に限る。）、第百十九条（同法第十六条、第十七条、第十八条第一項及び第三十七条の規定に係る部分に限る。）及び第二百十条（同法第十八条第七項及び第二十三条から第二十七条までの規定に係る部分に限る。）の規定並びに当該規定に係る同法第二百一条の規定（これらの規定が労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律（昭和六十年法律第八十八号）第四十四条（第四項を除く。）の規定により適用される場合を含む。）

二 最低賃金法（昭和三十四年法律百三十七号）第四十条の規定及び同条の規定に係る同法第四十二条の規定

三 賃金の支払の確保等に関する法律（昭和五十一年法律第三十四号）第十八条の規定及び同条の規定に係る同法第二十条の規定

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

〇〇年 4月 1日

(宛先) 昭島市長

法人所在地 東京都昭島市田中町1－17－1
申請者 法人名称 株式会社〇〇
代表者職・氏名 代表取締役 昭島 太郎



このことについて、以下のとおり届け出ます。

1 事業所基本情報に関すること

介護保険事業者番号	1	3	*	*	*	*	*	*	*	*	
事業所名称	(フリガナ) ケアプランセンター 〇〇										
	ケアプランセンター 〇〇										
事業所所在地	(郵便番号 196 - ****)										
	東京都昭島市田中町1－17－1										
サービス種類	居宅介護支援										
担当者	(職・氏名)		管理者 昭島 花子								
	連絡先TEL		042-544-5111					FAX		042-546-8855	

2 異動情報に関すること

加算、体制名称等	
(変 更 前)	(変 更 後)
特定事業所加算(なし)	特定事業所加算(加算Ⅱ)
適用開始年月日	〇〇 年 4 月 1 日

3 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表に関すること

※ 『2 異動情報に関すること』に記載した異動のある加算等については、各欄の該当する番号に○を付けてください。
(『2 異動情報に関すること』に記載していない加算等については、記載する必要はありません。)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表			
提供サービス		その他該当する体制等	
43	居宅介護支援	特別地域加算	1. なし 2. あり
		中山間地域等における 小規模事業所加算 (地域に関する状況)	1. 非該当 2. 該当
		中山間地域等における 小規模事業所加算 (規模に関する状況)	1. 非該当 2. 該当
		特定事業所集中減算	1. なし 2. あり
		特定事業所加算	1. なし 2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ 4. 加算Ⅲ
		特定事業所加算Ⅳ	1. なし 2. あり
		ターミナルケアマネジメント加算	1. なし 2. あり