

居宅介護支援事業所の指定(更新)申請に係る提出書類一覧

(この一覧も提出してください。)

提出書類		申請者確認欄		区 確認欄	備考
		新規	更新		
1	指定居宅介護支援事業所指定申請書				
2	申請書 指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項(付表)				従業者の職種や勤務形態区分は、「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」と一致させてください。
3	当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧(付表別紙)				
4	登記事項証明書		※		原本ではなく写しを提出する場合は、末尾に原本証明を行ってください。原本証明には代表者印は不要です。
5	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)				兼務の場合は時間数を按分し、職種ごとに記載してください。
6	就業規則(写)		※		従業者が10人未満のため就業規則を作成していない場合は、代わりに「常勤職員の勤務時間に関する調べ」を提出してください。
7	組織体制図		※		
8	資格証(写)				主任介護支援専門員(更新)研修修了証書の写し及び写真付きの介護支援専門員証の写し(いずれも有効期限が事業所指定(予定)日以降のもの)を添付してください。
9	雇用契約書(写)又は誓約文		※		勤務する介護支援専門員の雇用契約書を、契約前の場合は勤務予定である旨の誓約文を提出してください。
10	代表者の経歴書(参考様式2)		※		代表者の氏名、生年月日、住所、経歴(現在までを含む)、職務に関する資格等を記入してください。
11	事業所の平面図(参考様式3)及び外観と内部の様子がわかるカラー写真		※		机、備品等の配置も記入してください。建物外観、事業所入口、建物、事務室、相談室、備品がわかる写真を添付してください。
12	運営規程及び料金表		※		料金表を重要事項説明書等に掲載している場合は、重要事項説明書等も併せて提出してください。
13	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6)		※		目黒区と国保連の苦情相談窓口を必ず記載してください。 目黒区健康福祉部介護保険課介護保険管理係03-5722-9574 東京都国民健康保険団体連合会03-6238-0177
14	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		※		
15	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9-4)				
16	目黒区暴力団排除条例第2条第1号から第3号までに掲げる者に該当しない旨の誓約書(参考様式10)				
17	加算届 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(加算様式)				加算を算定する項目がある場合は、加算種別ごとに必要となる根拠書類を別途添付してください。

- ・「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れないよう確認してください。
- ・更新申請に限り、※の書類については、既に変更届等で届出済みの内容から変更がない場合は提出を省略できます。

担当者連絡先	
申請書類等に記載された内容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	
担当者名	
連絡先	(電話) _____ (FAX) _____

指定居宅介護支援事業所 指定(更新)申請書

年 月 日

目黒区長 宛て

所在地

申請者 名称

代表者の職・氏名

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業の指定事業者として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。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区				
	申請者連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別					
	代表者の職・氏名 生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日 年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 —) 都道 郡市 府県 区				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ					
	名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 —) 東京都目黒区				
	事業所連絡先	電話番号			FAX番号	
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業 (居宅・予防)	指定(許可)申請をする事業等事 業開始予定年月日	既に指定等を受けている事業 等の指定(許可)年月日	様式	
	訪問介護	—			付表1	
	訪問入浴介護	居・予			付表2	
	訪問看護	居・予			付表3	
	訪問リハビリテーション	居・予			付表4	
	居宅療養管理指導	居・予			付表5	
	通所介護	—			付表6	
	通所リハビリテーション	居・予			付表7	
	短期入所生活介護	居・予			付表8	
	短期入所療養介護	居・予			付表9	
	特定施設入居者生活介護	居・予			付表10	
	福祉用具貸与	居・予			付表11	
	特定福祉用具販売	居・予			付表12	
居宅介護支援	—			付表13		
施設	介護老人福祉施設	—			付表14	
	介護老人保健施設	—			付表15	
	介護療養型医療施設	—			付表16	
介護保険事業所番号	(当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合)					
地域密着型事業所番号	(当該事業所が地域密着型サービス事業所の指定を受けている場合)					
総合事業事業所番号	(当該事業所が総合事業の事業所指定を受けている場合)					
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

* 裏面に記載に関しての備考があります。

(日本産業規格A列4番)

- 備考
- 1 「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」等の別を記入してください。
 - 2 「指定(許可)申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記載してください。
 - 4 「既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日(法第71条、法第72条又は115条に基づき指定があったものとみなされたときは、保健医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定(許可)があったものとみなされたものについては「12. 4. 1」)を記載してください。
 - 5 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

付表

指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 —) 東京都目黒区													
	連絡先	電話番号						FAX番号							
管理者	フリガナ						住所	(郵便番号 —)							
	氏名						住所								
	生年月日														
	介護支援専門員登録番号														
	当該居宅介護支援事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)														
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)		事業所等名称												
		兼務する職種及び勤務時間等													
利用者数(新規申請時は推定数)				人											
従業者	介護支援専門員		専従												
			兼務												
	常勤(人)														
	非常勤(人)														
主な揭示事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日				
	営業時間		平日			~			土曜			~	日曜・祝日		
	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														
	通常の事業実施地域		①	②		③			④		⑤				
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。

(日本産業規格A列4番)

付表(別紙)

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	登録都道府県
①	フリガナ		
	氏名		
②	フリガナ		
	氏名		
③	フリガナ		
	氏名		
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。

(日本産業規格A列4番)

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)

1日あたりの労働時間－①

勤務日		～		曜日
-----	--	---	--	----

始業時間		時		分
------	--	---	--	---

終業時間		時		分
------	--	---	--	---

休憩時間		時間	
------	--	----	--

計		時間(A)
		日勤務(B)

1日あたりの労働時間－②

勤務日		～		曜日
-----	--	---	--	----

始業時間		時		分
------	--	---	--	---

終業時間		時		分
------	--	---	--	---

休憩時間		時間	
------	--	----	--

計		時間(C)
		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

$((A) \times (B)) + ((C) \times (D)) =$ 時間

(参考様式3)
事業所の平面図等

事業所又は施設の名称	
------------	--



- 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。

(日本産業規格A列4番)

事業所の写真

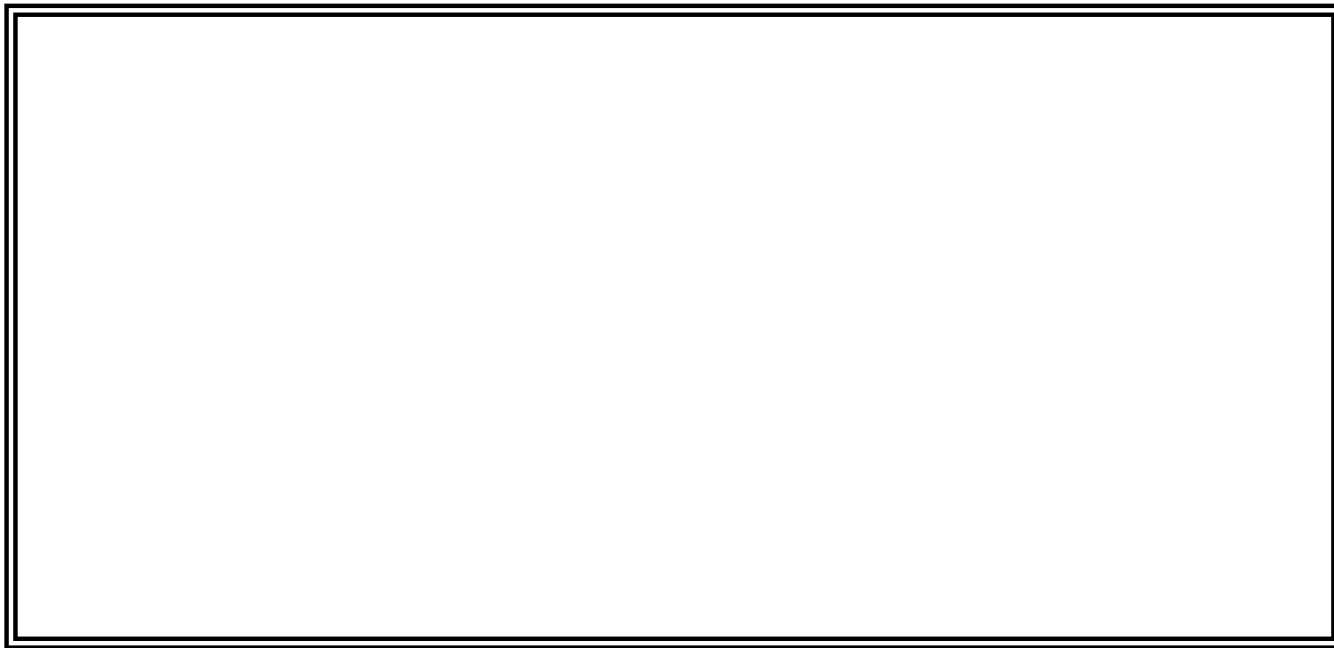
- ◆ カラー写真をA4の台紙等に貼り付けてください。(必要であれば、1箇所複数毎可)

写真は、台紙に4枚貼れるくらいの大きさでお願いいたします。パソコンで取り込んだ写真でも結構です。

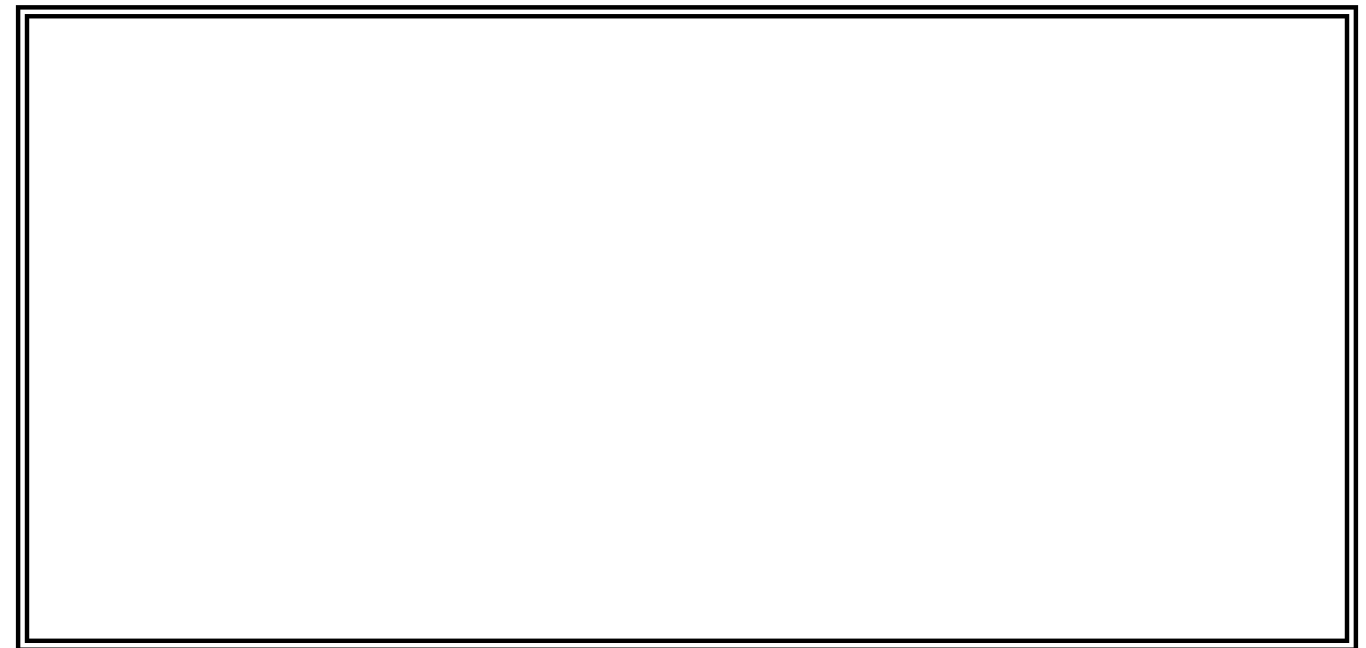
下記の①～④は写真を撮る箇所の一例です。建物外観、事業所入口、事業所の各部屋(備品が入った状態)が漏れなく分かるように写真を撮影してください。

事業所又は施設の名称	
------------	--

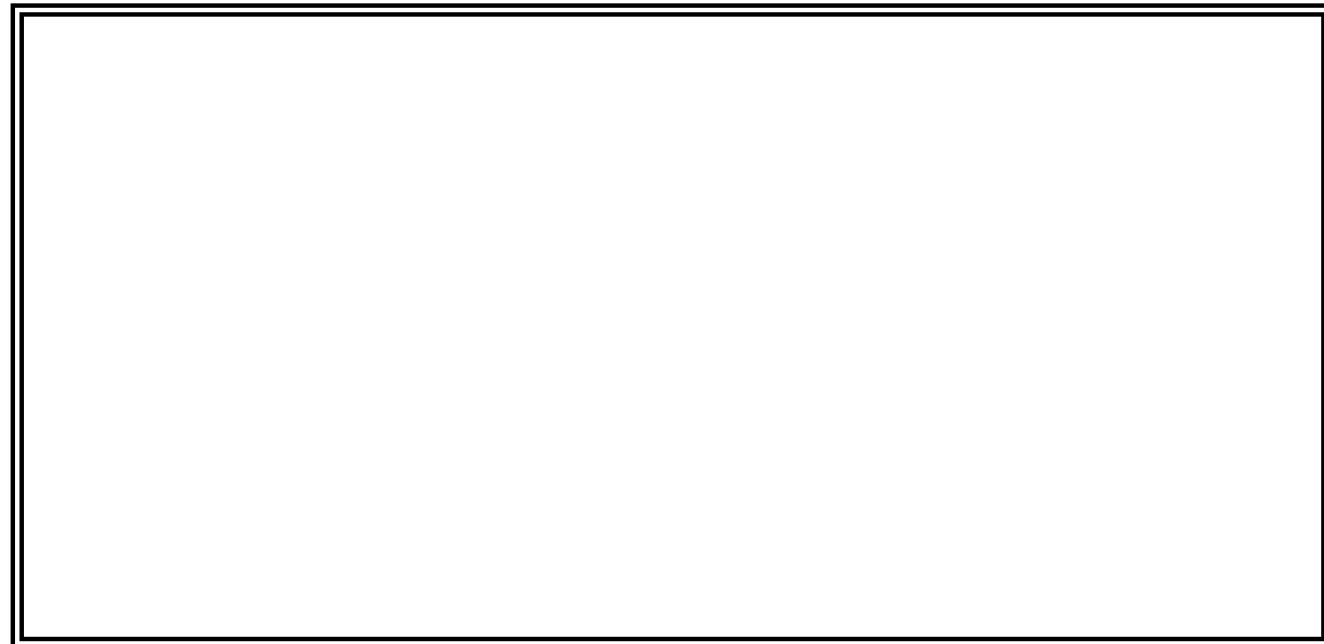
①建物外観・事業所入口



②事務室

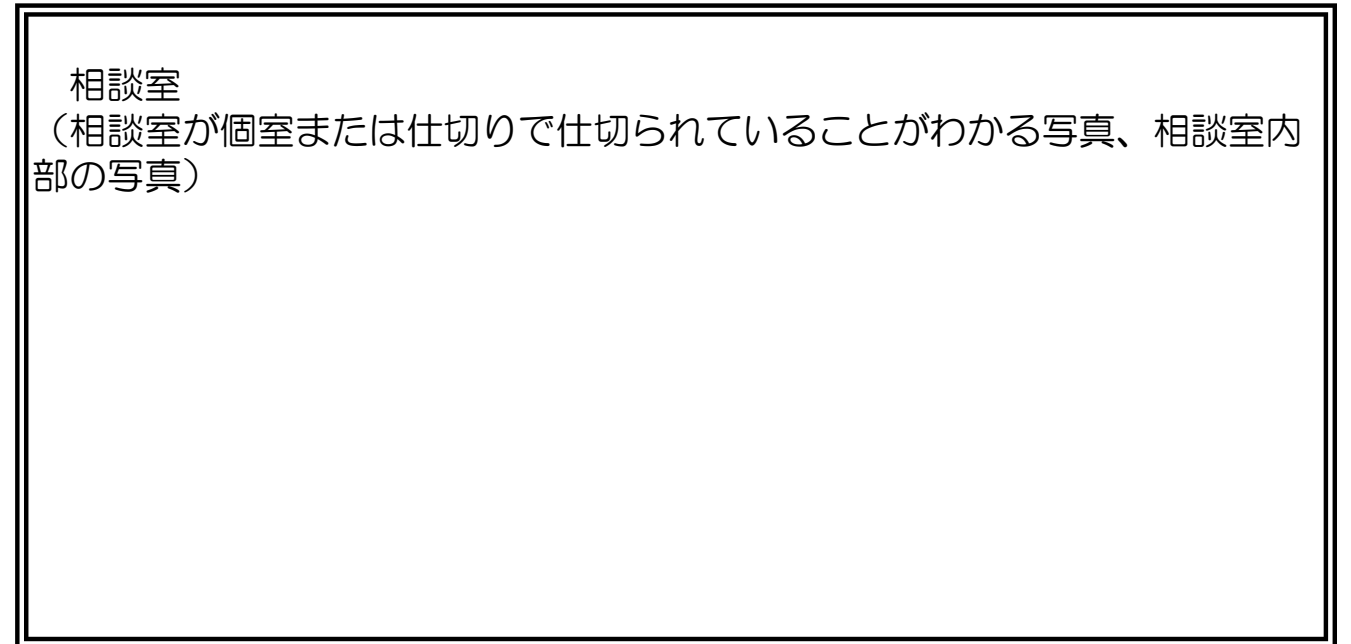


③鍵付書庫



④相談室

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)



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

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	居 宅 介 護 支 援

措 置 の 概 要	
1 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	
2 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、指定地域密着型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	
3 その他参考事項	

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

年 月 日

目黒区長 宛て

申請者 住所

氏名 (法人にあつては名称及び代表者職・氏名)

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(※1)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み、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条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条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。

※1 目黒区指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例

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、第百十五条の十一、第百十五条の二十一及び第百十五条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。)、第百十五条の二第二項第五号の二、第百十五条の十二第二項第五号の二及び第百十五条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っ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)第百七十七条、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。))及び第百二十条(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二百一十一条の規定(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就業条件の整備等に関する法律(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(昭和三十四年法律第百三十七号)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

(平二三政三七六・追加)

(参考様式10)

目黒区暴力団排除条例第2条第1号から第3号までに掲げる者に
該当しない旨の誓約書

年 月 日

目黒区長 宛て

申請者 所在地

名称

代表者職・氏名

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定の申請者(当該申請者が法人である場合にあつてはその役員等、法人以外の団体である場合にあつてはその代表者、理事その他法人における役員等と同等の責任を有する者)、当該事業所の設置者、管理者その他事業所の業務を統括する者(当該業務を統括する者の権限を代行し得る地位にある者を含む。)は、下記に掲げる暴力団員等にあらず、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していないことを誓約します。

また、事業所の運営にあつては、暴力団若しくは暴力団員等を利用し、又は暴力団若しくは暴力団員等が運営に関与しないことを誓約します。

記

【目黒区暴力団排除条例(平成24年3月14日目黒区条例第3号)】(一部抜粋)

第2条 この条例において次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 暴力団 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「法」という。)第2条第2号に規定する暴力団をいう。
- (2) 暴力団員 法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。
- (3) 暴力団関係者 暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有するものをいう。

(加算様式)

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(居宅介護支援)

年 月 日

目黒区長 宛て

所在地

申請者 名称

代表者の職・氏名

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)									
事業所所在地	(郵便番号 -)									
サービス種類	居宅介護支援									
担当者	(職・氏名)									
	連絡先TEL								FAX	

2 異動情報に関すること

加算、体制名称等	
(変更前)	(変更後)
適用開始年月日	年 月 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

全ての項目について、該当する番号の横の□を■にしてください。

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	LIFEへの登録	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. あり			
	情報通信機器等の活用等の体制	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. あり			
	特定事業所集中減算	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. あり			
	特定事業所加算	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. 加算Ⅰ	<input type="checkbox"/> 3. 加算Ⅱ	<input type="checkbox"/> 4. 加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> 5. 加算A
	特定事業所医療介護連携加算	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. あり			
	ターミナルケアマネジメント加算	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. あり			

備考

- 目黒区に所在する事業所はすべて、地域区分は「1級地」、特別地域加算は「なし」、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)及び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)は「非該当」です。
- 「特定事業所加算」の加算Ⅰ、加算Ⅱ、加算Ⅲ、「特定事業所医療介護連携加算」及び「ターミナルケアマネジメント加算」については、「特定事業所加算(Ⅰ)~(Ⅲ)・特定事業所医療介護連携加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書(居宅介護支援事業所)」(別紙10-3)を、「特定事業所加算(A)」については、「特定事業所加算(A)に係る届出書(居宅介護支援事業所)」(別紙10-4)を添付してください。
- 「情報通信機器等の活用等の体制」については、「情報通信機器等の活用等の体制に係る届出書」(別紙10-5)を添付してください。

特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)・特定事業所医療介護連携加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書
(居宅介護支援事業所)

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
届出項目	<input type="checkbox"/> 1 特定事業所加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 特定事業所加算(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 3 特定事業所加算(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 4 特定事業所医療介護連携加算 <input type="checkbox"/> 5 ターミナルケアマネジメント加算

<p>1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)に係る届出内容</p> <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)」及び「3 特定事業所加算(Ⅲ)」の場合は(2)を記載すること。</p> <p>(1) 常勤かつ専従の主任介護支援専門員2名を配置している。 (2) 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置している。 (3) 介護支援専門員の配置状況</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 150px;">介護支援専門員</td> <td style="width: 150px;">常勤専従</td> <td style="width: 50px;">人</td> </tr> </table> <p>(4) 利用者に関する情報又はサービス提供に当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開催している。 (5) 24時間常時連絡できる体制を整備している。 (6) 利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が40%以上 (7) 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。 (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。 (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。 (10) 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用していない※ ※ 適用していない場合は「有」にチェックを入れて下さい (11) 介護支援専門員1人当たり(常勤換算方法による)の担当件数について ①居宅介護支援費(Ⅰ)を算定している場合 40件以上の有無 ②居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合 45件以上の有無 (12) 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制の確保の有無 (13) 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施している。 (14) 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している</p>	介護支援専門員	常勤専従	人	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>
介護支援専門員	常勤専従	人		
<p>2. 特定事業所医療介護連携加算に係る届出内容</p> <p>(1) 退院・退所加算の算定に係る病院又は診療所等との連携回数の合計が年間35回以上である。 (2) ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している。 (3) 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している。</p>	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>			
<p>3. ターミナルケアマネジメント加算に係る届出内容</p> <p>(1) ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備している。</p>	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>			

※ 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。

情報通信機器等の活用等の体制に係る届出書

事業所名	
異動等区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了

1. 情報通信機器 (AI含む) の活用

(1) 活用の有無

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

(2) 具体的な活用方法・製品名

--

(3) 業務負担の軽減や効率化できる具体的な業務内容

--

2. 事務職員の配置

(1) 配置の有無

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
----------------------------	----------------------------

(2) 介護支援専門員の配置状況

常勤換算	人
------	---

(3) 配置状況

① <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	
② 1月あたりの勤務時間数	時間/月

(4) 業務負担の軽減や効率化できる具体的な業務内容

--

※ 「事務職員の配置」要件を満たす場合は、加算算定開始月の勤務形態一覧表 (参考様式1) も提出してください。