様式(第4条関係)

地域密着型サービスの独自報酬の算定に関する届出書

年　　月　　日

　練馬区長　殿

名称

代表者の氏名

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 異動等区分 | | | 1　新規　　　2　変更　　　3　終了 | | | 事業所所在地区市町村番号 | | | | | | | | 131201 | | | | | |
| 異動等年月日 | | | 年　　月　　日 | | | 事業所番号 | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 届出者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | FAX番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名 | | 職名 | |  | | 氏名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の状況 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | FAX番号 | |  | | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (届出する要件の数字を○で囲んでください。) | 算定項目 | | | | | | | | | | | | | | | 単位数 | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 独居高齢者への支援に関する項目(対象者加算) | | | | | | | | | | | | | | 200単位 | | | |
| 2 | 介護・医療連携推進会議の活用とサービスの質の向上に向けた取組等に関する項目(体制加算) | | | | | | | | | | | | | | 300単位 | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 独居高齢者への支援に関する項目(対象者加算) | | | | | | | | | | | | | | 200単位 | | | |
| 2 | 認知症介護実践リーダー研修修了者の配置に関する項目(体制加算) | | | | | | | | | | | | | | 300単位 | | | |
| 3 | 運営推進会議の活用とサービスの質の向上に向けた取組等に関する項目(体制加算) | | | | | | | | | | | | | | 300単位 | | | |
| 4 | 地域への貢献等に関する項目(体制加算) | | | | | | | | | | | | | | 200単位 | | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 独居高齢者への支援に関する項目(対象者加算) | | | | | | | | | | | | | | 200単位 | | | |
| 2 | 認知症介護実践リーダー研修修了者の配置に関する項目(体制加算) | | | | | | | | | | | | | | 300単位 | | | |
| 3 | 運営推進会議の活用とサービスの質の向上に向けた取組等に関する項目(体制加算) | | | | | | | | | | | | | | 300単位 | | | |
| 4 | 地域への貢献等に関する項目(体制加算) | | | | | | | | | | | | | | 200単位 | | | |