

(別紙3-2) **記載例：（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所が、令和8年6月1日から加算を変更する場合**

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 ○ 年 ○ 月  
 大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 殿

所在地 ○○○○○○○○  
 名称 ○○○○○○○○

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。

届出者	フリガナ 名称	○○○○○○○ ○○○○○○○							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 *** - **** ) ○○ 県 ○○ 市 ○○○○○○ (ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号	○○○○○		FAX番号	○○○○○			
	法人である場合その種別	○○○○○	法人所轄庁		○○○○○				
事業者	代表者の職・氏名	職名				氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 *** - **** ) ○○ 県 ○○ 市 ○○○○○○							
	フリガナ 事業所・施設の名称	○○○○○○○ ○○○○○○○							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 *** - **** ) ○○ 県 ○○ 市 ○○○○○○							
事業所の状況	連絡先	電話番号	○○○○○		FAX番号	○○○○○			
	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	(郵便番号 *** - **** ) ○○ 県 ○○ 市 ○○○○○○							
	連絡先	電話番号	○○○○○		FAX番号	○○○○○			
	管理者の氏名								
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分		異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	市町村が定める単位の有無(市町村記載)	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		地域密着型通所介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		療養通所介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		認知症対応型共同生活介護	○	○年○月○日	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和8年6月1日	その他該当する体制等		<input type="checkbox"/> 1有
		地域密着型特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		複合型サービス			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		介護予防認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
		介護予防小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				<input type="checkbox"/> 1有
	介護予防認知症対応型共同生活介護	○	○年○月○日	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和8年6月1日	その他該当する体制等		<input type="checkbox"/> 1有	
居宅介護支援			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
介護予防支援			<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
地域密着型サービス事業所番号等	* * * * * * * * * *								
指定を受けている市町村									
介護保険事業所番号	* * * * * * * * * * (指定を受けている場合)								
既に指定等を受けている事業									
医療機関コード等									
特記事項	変更前				変更後				
	介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ				介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ口				
関係書類	別添のとおり								

**正確かつ確実に記載すること**

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。  
 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。  
 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。  
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。  
 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の横の□を■にしてください。  
 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。  
 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。  
 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、複数の出張所等を有する場合は、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。



<p>■ 37</p>	<p>介護予防認知症対応型 共同生活介護</p>	<p>■ 1 I型 □ 2 II型 □ 3 サテライト型I型 □ 4 サテライト型II型</p>		<p>夜間勤務条件基準 職員欠員による減算の状況 身体拘束廃止取組の有無 高齢者虐待防止措置実施の有無 業務継続計画策定の有無 3ユニットの事業所が夜勤職員を2人以上とする場合 夜間支援体制加算 若年性認知症利用者受入加算 利用者の入院期間中の体制 認知症専門ケア加算 認知症チームケア推進加算 科学的介護推進体制加算 高齢者施設等感染対策向上加算I 高齢者施設等感染対策向上加算II 生産性向上推進体制加算 サービス提供体制強化加算 介護職員等処遇改善加算</p>	<p>□ 1 基準型 □ 2 減算型 □ 3 □ 1 なし □ 2 介護従業者 □ 1 減算型 □ 2 基準型 □ 1 減算型 □ 2 基準型 □ 1 減算型 □ 2 基準型 □ 1 なし □ 2 あり □ 1 なし □ 2 加算I □ 3 加算II □ 1 なし □ 2 あり □ 1 対応不可 □ 2 対応可 □ 1 なし □ 2 加算I □ 3 加算II □ 1 なし □ 2 加算I □ 3 加算II □ 1 なし □ 2 あり □ 1 なし □ 2 加算I □ 3 加算II □ 1 なし □ 6 加算I □ 5 加算II □ 7 加算III □ 1 なし ■ 7 加算Iイ □ S 加算I □ □ 8 加算IIイ □ T 加算II □ □ 9 加算III □ A 加算IV</p>	<p>□ 1 なし □ 2 あり</p>	<p>□ 1 なし □ 2 あり</p>
<p>■ 39</p>	<p>介護予防認知症対応型 共同生活介護 (短期利用型)</p>	<p>■ 1 I型 □ 2 II型 □ 3 サテライト型I型 □ 4 サテライト型II型</p>		<p>夜間勤務条件基準 職員欠員による減算の状況 身体拘束廃止取組の有無 高齢者虐待防止措置実施の有無 業務継続計画策定の有無 3ユニットの事業所が夜勤職員を2人以上とする場合 夜間支援体制加算 若年性認知症利用者受入加算 高齢者施設等感染対策向上加算I 高齢者施設等感染対策向上加算II 生産性向上推進体制加算 サービス提供体制強化加算 介護職員等処遇改善加算</p>	<p>□ 1 基準型 □ 2 減算型 □ 3 □ 1 なし □ 2 介護従業者 □ 1 減算型 □ 2 基準型 □ 1 減算型 □ 2 基準型 □ 1 減算型 □ 2 基準型 □ 1 なし □ 2 あり □ 1 なし □ 2 加算I □ 3 加算II □ 1 なし □ 2 あり □ 1 なし □ 2 加算I □ 3 加算II □ 1 なし □ 2 あり □ 1 なし □ 2 加算I □ 3 加算II □ 1 なし □ 6 加算I □ 5 加算II □ 7 加算III □ 1 なし ■ 7 加算Iイ □ S 加算I □ □ 8 加算IIイ □ T 加算II □ □ 9 加算III □ A 加算IV</p>	<p>□ 1 なし □ 2 あり</p>	<p>□ 1 なし □ 2 あり</p>

(別紙50)

記載例：総合事業指定相当訪問型サービス事業所が、令和8年6月1日から加算を変更する場合

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

令和 〇 年 〇 月

大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 殿

所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇

名称 〇〇〇〇〇〇〇〇

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。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 *** - **** ) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇〇〇	
	法人の種別	〇〇〇〇〇	法人所轄庁	〇〇〇〇〇		
	代表者の職・氏名	職名	〇〇〇〇〇	氏名	〇〇〇〇〇	
	代表者の住所	(郵便番号 *** - **** ) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇				
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 *** - **** ) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇				
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇〇〇	
	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	(郵便番号 *** - **** ) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇				
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇〇〇	
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 *** - **** ) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇〇〇〇〇〇〇				
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	訪問型サービス(独自)	〇	〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和8年6月1日	その他該当する体制等
	訪問型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防ケアマネジメント			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号	* * * * * * * * * * * * * *					
特記事項	変更前			変更後		
	介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ			介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ□		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。 **正確かつ確実に記載すること**
- 2 「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」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、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。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 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。
- 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、複数の出張所等を有する場合は、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。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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	
■ A2 訪問型サービス(独自)			高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型						<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 1 なし
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型						<input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 2 あり
			同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当						別紙50の「特記事項の変更前及び変更後の記載事項」 <u>以外</u> の記載を省略できる。	
			同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供(利用者50人以上))	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当							
			同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当							
			特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当							
			口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり							
			介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 7 加算Iイ	<input checked="" type="checkbox"/> S 加算Iロ				<input type="checkbox"/> 9 加算III	<input type="checkbox"/> A 加算IV	
			<input type="checkbox"/> 8 加算IIイ	<input type="checkbox"/> T 加算IIロ								

- 備考
- 「割引」を「あり」と記載する場合は「介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について」(別紙51)を添付してください。
  - 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」(別紙14-7)を添付してください。
  - 「同一建物減算(同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上)」については、判定結果がわかる書類(「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」(別紙10)又はこれに準じた計算書等)を添付してください。
  - 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」(別紙11)を添付してください。

