

(別紙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<指定事業者用>

平成 28年 3月 15日

(あて先) 埼玉県知事

所在地 さいたま市浦和区高砂3-15-1

申請者 名称 株式会社 こばとん

代表者職名 代表取締役 氏名 埼玉 太郎



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	カブシキガイシャ コバトン 株式会社 こばとん																		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号330-9301) 埼玉県 さいたま市 浦和区高砂3-15-1 (ビルの名称等)																		
	連絡先	電話番号	048-830-3247		FAX番号	048-830-4792														
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名	埼玉 太郎														
事業所・施設 の状況	フリガナ 名称	コバトン こばとん																		
	事業所・施設の所在地	(郵便番号359-1118) 埼玉県 所沢市 けやき台2-5-8 (ビルの名称等)																		
	連絡先	電話番号	04-2929-2167		FAX番号	04-2920-3082														
	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											
届出を行う事業所・施設の種類	指定 届出 サービス	訪問介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		訪問入浴介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		訪問看護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		訪問リハビリテーション	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		居宅療養管理指導	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		通所介護	○	平成	20	年	7	月	1	日	1新規	②変更	3終了	平成	28	年	4	月	1	日
		通所リハビリテーション	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		短期入所生活介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		短期入所療養介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		特定施設入居者生活介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
	施設	福祉用具貸与	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		介護予防訪問介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		介護予防訪問入浴介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		介護予防訪問看護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		介護予防訪問リハビリテーション	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		介護予防居宅療養管理指導	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		介護予防通所介護	○	平成	20	年	7	月	1	日	1新規	②変更	3終了	平成	28	年	4	月	1	日
		介護予防通所リハビリテーション	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		介護予防短期入所生活介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
		介護予防短期入所療養介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日							
介護予防特定施設入居者生活介護	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日									
介護予防福祉用具貸与	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日									
居宅介護支援	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日									
介護老人福祉施設	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日									
介護老人保健施設	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日									
介護療養型医療施設	平成	年	月	日	1新規	2変更	3終了	平成	年	月	日									
介護保険事業所番号	11176543210																			
医療機関コード等																				
特記事項	変更前						変更後													
	個別機能訓練体制 加算Ⅱ 介護職員処遇改善加算 なし						個別機能訓練体制 加算Ⅰ、Ⅱ 介護職員処遇改善加算 加算Ⅰ													
関係書類	別添のとおり																			

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 3 「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に「○」を記入してください。
 4 「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。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援)

提供サービス 各サービス共通	施設等の区分	人員配置区分	その他の	該当する体制等										割引										
				1 1級地	2 2級地	3 3級地	4 4級地	5 5級地	6 6級地	7 7級地	その他	3	4		5	6	7	8	9	10				
15 通所介護	施設等の区分	人員配置区分	地域区分	1 1級地	2 2級地	3 3級地	4 4級地	5 5級地	6 6級地	7 7級地	その他	3	4	5	6	7	8	9	10					
			職員の欠員による減算の状況	④ なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			時間延長サービス体制	1 対応不可	2 対応可	3 対応可	4 対応可	5 対応可	6 対応可	7 対応可	8 対応可	9 対応可	10 対応可	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			入浴介助体制	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			④ 通常規模型事業所	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			6 大規模型事業所(Ⅰ)	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			7 大規模型事業所(Ⅱ)	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			認知症加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			栄養改善体制	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			口腔機能向上体制	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			サービス提供体制強化加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			介護職員処遇改善加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
			6. 作業療法士 7. 言語聴覚士	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	
時間延長サービス体制	1 対応不可	2 対応可	3 対応可	4 対応可	5 対応可	6 対応可	7 対応可	8 対応可	9 対応可	10 対応可	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり				
入浴介助体制	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり				
4 通常規模の事業所(病院・診療所)	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり				
7 通常規模の事業所(介護老人保健施設)	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり				
5 大規模の事業所(Ⅰ)(病院・診療所)	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり				
8 大規模の事業所(Ⅰ)(介護老人保健施設)	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり				
6 大規模の事業所(Ⅱ)(病院・診療所)	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり				
9 大規模の事業所(Ⅱ)(介護老人保健施設)	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり				
16 通所リハビリテーション	施設等の区分	人員配置区分	その他の	1 1級地	2 2級地	3 3級地	4 4級地	5 5級地	6 6級地	7 7級地	その他	3	4	5	6	7	8	9	10					
				職員の欠員による減算の状況	④ なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				時間延長サービス体制	1 対応不可	2 対応可	3 対応可	4 対応可	5 対応可	6 対応可	7 対応可	8 対応可	9 対応可	10 対応可	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				入浴介助体制	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				リハビリテーションマネジメント加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				短期集中個別リハビリテーション実施加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				生活行為向上リハビリテーション実施加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				栄養改善体制	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				口腔機能向上体制	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				中重度者ケア体制加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				社会参加支援加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				サービス提供体制強化加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり
				介護職員処遇改善加算	1 なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり	なし	2 あり	3 あり	4 あり	5 あり	6 あり	7 あり	8 あり	9 あり	10 あり

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表添付書類等チェックリスト③

事業所名 **こぼとん**

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		割引
			チェック欄	添付書類	
通所介護	(3・4・6・7・5いずれかに○を付ける) □参考1 通所介護事業・通所リハビリ事業に関する利用者の動向		職員の欠員による減算の状況	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等写 (提出済の場合は省略可)	□別紙5
			時間延長サービス体制		
			入浴介助体制	<input type="checkbox"/> 浴室の平面図、写真 (提出済の場合省略可)	
			中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 新たに加算「有り」を算定する項目の提出書類を確認しチェック □ 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 □ 資格証等写 (提出済の場合は省略可) □ ケア体制加算算定表	
			個別機能訓練体制	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input checked="" type="checkbox"/> 機能訓練指導員資格を証する書面写 <input checked="" type="checkbox"/> 個別機能訓練計画書 (様式) 写	
			認知症加算	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 参考4-2 認知症加算算定表 (通所介護) <input type="checkbox"/> 認知症介護指導者研修修了書写し、認知症介護実践リーダー研修修了書写し、認知症介護実践者研修修了書写しのいずれか	
			若年性認知症利用者受入加算		
			栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等写 (提出済の場合は省略可)	
			口腔機能向上体制	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等写 (提出済の場合は省略可)	
			サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 別紙12-5 サービス提供体制強化加算に関する届出書 (介護予防) 通所介護・(介護予防) 通所リハビリテーション事業所) <input type="checkbox"/> 参考6-1 介護福祉士の割合 <input type="checkbox"/> 参考6-3 勤続年数3年以上の割合	
			介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> 「介護職員処遇改善加算届出チェックリスト」を参照	
			介護予防通所介護		
若年性認知症利用者受入加算					
生活機能向上グループ活動加算					
運動器機能向上体制	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等写 (提出済の場合は省略可)				
栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等写 (提出済の場合は省略可)				
口腔機能向上体制	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等写 (提出済の場合は省略可)				
選択的サービス複数実施加算	(運動・栄養・口腔の複数の届出があること)				
事業所評価加算(申出)の有無	(運動・栄養・口腔いずれかの届出があること)				
サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 別紙7 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <input type="checkbox"/> 別紙12-5 サービス提供体制強化加算に関する届出書 (介護予防) 通所介護・(介護予防) 通所リハビリテーション事業所) <input type="checkbox"/> 参考6-1 介護福祉士の割合 <input type="checkbox"/> 参考6-3 勤続年数3年以上の割合				
介護職員処遇改善加算	<input checked="" type="checkbox"/> 「介護職員処遇改善加算届出チェックリスト」を参照				

既に体制届出済で内容に変更が無い場合にはその加算に関する書類を再度提出する必要は有りません

新たに加算「有り」を算定する項目の提出書類を確認しチェック