



福岡医発第2330号(保)

平成15年 3月28日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 関原 敬太郎



介護報酬改定に伴う届出の提出について

平成15年4月1日実施の介護報酬改定に伴い、指定通所リハビリテーション及び指定通所介護事業に係る届出の提出につきまして、福岡県保健福祉部介護保険室より、別紙のとおり関係機関に直接通知されておりますので、ご参考までにお知らせいたします。

指定通所リハビリテーション事業者 殿

福岡県保健福祉部介護保険室長
(指導育成係)

指定通所リハビリテーションに係る介護報酬改定に伴う届出の提出について(通知)

平成15年4月1日の介護報酬改定に伴い、時間延長サービス体制及び個別リハビリテーション提供体制の加算項目が追加になりました。

このため、下記のとおり介護給付費算定に係る体制等に関する変更の届出を提出してください。

記

1 提出書類及び部数

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| ・ 介護給付費算定に係る体制等に関する変更届出書 | 1部 |
| ・ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(平成15年4月改定専用) | 1部 |
| ・ 各加算に係る添付書類 | 各1部 |
| 時間延長サービス体制届出書 | |
| 個別リハビリテーション届出書(別紙9) | |
| 個別リハビリテーションを行うための器械・器具の写真 | |
| 個別リハビリテーションに関する記録簿 | |
| (実施時間・訓練内容・担当者等の記載できるもの 様式任意) | |

2 提出期限 平成15年4月10日(木)必着

3 提出先 福岡県保健福祉部介護保険室 指導育成係
〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7
tel:092-643-3322

4 留意事項

- ・ 加算の項目の追加に伴い、対応可・対応不可に関わらず、現在指定を受けている全事業所から届出が必要となりますので必ず提出してください。
また、記入に際しては、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」記入要領を参照の上、ご記入ください。
- ・ 届出を郵送していただく場合は、用紙を折り曲げずにA4サイズの入る封筒にて送付してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する変更届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

所在地
名 称

印

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 ー) 都 道 郡 市 市 区 府 県 区 町 村 (ビル等の名称等)				
	連絡先 法人の種類	電話番号		法人所轄庁	FAX番号	
	代表者の職・氏名	職 名		氏 名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 都 道 郡 市 市 区 府 県 区 町 村 (ビル等の名称等)				
事業所・施設の状況	事業所の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡 市 町 村 (ビル等の名称等)				
	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 ー) 県 郡 市 町 村 (ビル等の名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡 市 町 村 (ビル等の名称等)				
届出を行う事業所・施設の種類の指定	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)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	痴呆対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入所者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了		
	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
特記事項	介護保険事業所番号					
	医療機関コード等					
	変 更 前	変 更 後				
関係書類 別添のとおり						

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (平成15年4月改定専用)

(別紙)

担当書記氏名											記入担当者電話番号											届出都道府県	
業 所 番 号											異 動 区 分	1:新規 2:変更 3:終了	法人種別								枚数	/	枚
業 所 名											事業所電話番号												

実施するサービスに関し○を付け、全ての項目に○を付けてください。

サービス提供	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等	割引
11 訪問介護	1 身体介護 2 生活援助 3 通院等乗降介助	日 月 年		1. なし 2. あり
12 訪問入浴介護		日 月 年		1. なし 2. あり
14 訪問リハビリテーション	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設	日 月 年		
15 通所介護		日 月 年	1. 対応不可 2. 対応可	1. なし 2. あり
21 短期入所生活介護	1 車椅子型 2 併設型・空床型 3 車椅子型小規模生活介護型 4 併設型・空床型小規模生活介護型	日 月 年		1. なし 2. あり
32 痴呆対応型共同生活介護		日 月 年	夜間ケア	1. なし 2. あり
33 特定施設入所者生活介護		日 月 年	居住費対価	1. 対応不可 2. 対応可
51 介護老人福祉施設	1 介護福祉施設 2 小規模介護福祉施設 3 小規模生活介護型介護福祉施設 4 小規模生活介護型小規模介護福祉施設	日 月 年		1. 対応不可 2. 対応可 1. 対応不可 2. 対応可 1. なし 2. 医師 6. 介護職員 7. 言語聴覚士 1. なし 2. あり 1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 重症度管理指導管理 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他
16 通所リハビリテーション		日 月 年	時間延長サービス体制 個別リハビリテーション提供体制 職員の欠員による減算の状況 リハビリテーション機能強化	1. 対応不可 2. 対応可 1. 対応不可 2. 対応可 1. なし 2. 医師 6. 介護職員 7. 言語聴覚士 1. なし 2. あり 1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 重症度管理指導管理 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他
22 短期入所療養介護	1. Ⅰ型 2. Ⅱ型 3. Ⅲ型	日 月 年	特定診療費項目 リハビリテーション提供体制	1. 対応不可 2. 対応可 1. 対応不可 2. 対応可 1. なし 2. 医師 6. 介護職員 7. 言語聴覚士 1. なし 2. あり 1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 重症度管理指導管理 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他
23 短期入所療養介護	1. Ⅰ型 2. Ⅱ型 3. Ⅲ型	日 月 年	特定診療費項目 リハビリテーション提供体制	1. 対応不可 2. 対応可 1. 対応不可 2. 対応可 1. なし 2. 医師 6. 介護職員 7. 言語聴覚士 1. なし 2. あり 1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 重症度管理指導管理 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他
52 介護老人保健施設	1. Ⅰ型 2. Ⅱ型 3. Ⅲ型	日 月 年	リハビリテーション機能強化 夜間勤務条件基準 特定診療費項目 リハビリテーション提供体制	1. 対応不可 2. 対応可 1. 対応不可 2. 対応可 1. なし 2. 医師 6. 介護職員 7. 言語聴覚士 1. なし 2. あり 1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 重症度管理指導管理 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他
53 介護療養型医療施設	1. Ⅰ型 2. Ⅱ型 3. Ⅲ型	日 月 年	特定診療費項目 リハビリテーション提供体制	1. 対応不可 2. 対応可 1. 対応不可 2. 対応可 1. なし 2. 医師 6. 介護職員 7. 言語聴覚士 1. なし 2. あり 1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 重症度管理指導管理 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他 1. 重症度管理指導管理 2. 薬剤管理指導 1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅱ 3. 理学療法Ⅲ 4. 作業療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他

「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」記入要領

記入にあたっては、青のボールペンをご使用下さい。

上段の各項目は、必ず記入(押印)してください。

記入担当者氏名・印(押印)・記入担当者電話番号・事業所番号・事業所名・異動区分・法人種別・事業所電話番号・届出都道府県 枚数
事業所番号は、必ず10桁の数字で記入下さい。(ゼロの場合も省略せずに記入して下さい)

事業所電話番号・記入担当者電話番号は詰めて記入し、局番の間にハイフン(-)を入れてください。

実施するサービスの左端のチェック欄に○を記入し、そのサービスに含まれる全ての項目について該当する番号を○で囲んでください。

短期入所療養介護及び介護療養型医療施設にあっては、同一の施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに本表を作成ください。その際に本表の「何枚目/全枚数」を記入してください。1枚の場合は「1/1」の形で記入してください。

記入を担当された方の氏名を記入してください。

担当された方の印鑑を押印してください。スタンプ印は不可です。

市外局番・市内局番・番号の形式で記入して下さい。

下の「法人種別一覧表」を参照して記入してください。

記入担当者氏名 鈴木 太郎 印 (押印)

事業所番号 0418876545

事業所名 社会福祉法人 鈴木園ホーム

記入担当者電話番号 03-5396-1234

異動区分 ① 新規、② 変更、③ 終了

事業所電話番号 0468-399-9999

法人種別 01

届出都道府県 神奈川県

枚数 1/3 枚

指定申請書類の事業所名又は医療機関名を記入してください。

※ 実施するサービスに関して○を付け、全ての項目に該当する番号に○を付けてください。

チェック	提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	入居施設区分	その他該当する体制等	欄外
	11 訪問介護	平成 15 年 4 月 1 日	1 身体介護 2 生活援助 3 通院等乗降介助	特別地域加算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
○	12 訪問入浴介護	平成 15 年 4 月 1 日	1 訪問入浴サービス 2 入院又は施設内	特別地域加算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
	13 訪問看護	平成 15 年 4 月 1 日	1 訪問看護ステーション 2 入院又は施設内	特別地域加算	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
○	14 通所介護	平成 15 年 4 月 1 日	1 単独型 2 併設型	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型 3 Ⅲ型	1 なし 2 あり
○	23 短期入所療養介護	平成 15 年 4 月 1 日	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型 3 Ⅲ型	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型 3 Ⅲ型	1 なし 2 あり
○	53 療養介護	平成 15 年 4 月 1 日	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型 3 Ⅲ型	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型 3 Ⅲ型	1 なし 2 あり

数字を○で囲んで下さい。他の項目にかかったり、複数の数字を囲んでいる場合は無効となります。

実施するサービスに含まれる全項目を、○印で選択してください。

提供サービス23と53は、「施設等の区分」を複数選択できます。

年月日は和暦で、右づめで記入してください。

下の「複数選択項目について」を参照してください。

<法人種別一覧表>

法人種別	コード
社会福祉法人(社協以外)	01
社会福祉法人(社協)	02
医療法人	03
民法法人(社団・財団)	04

法人種別	コード
営利法人	05
非営利法人(NPO)	06
農協	07
生協	08
その他法人	09

法人種別	コード
地方公共団体(都道府県)	10
地方公共団体(市町村)	11
地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)	12
非法人	13
その他	99

<複数選択項目について>

各提供サービスの「その他該当する体制等」欄で、次の項目については複数選択が可能です。「1 なし」を選択された場合、他の項目は選択できません。

- 職員の数員による減算の状況
- 特定診療費項目
- リハビリテーション提供体制

「1 なし」が選択されている場合は、他の項目は選択できません。

チェック	提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	入居施設区分	その他該当する体制等	欄外
○	23 短期入所療養介護	平成 15 年 4 月 1 日	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型	1 Ⅰ型 2 Ⅱ型 3 Ⅲ型	1 なし 2 あり

時間延長サービス体制届出書

[illegible]

事業所名		異動等 区分	1 新規 2 変更 3 終了
------	--	-----------	----------------

1 当該事業所のサービス提供時間

： ～ ： （ 時間 分）

2 時間延長サービス利用者推定数

サービス提供時間前	名	サービス提供時間後	名
-----------	---	-----------	---

3 時間延長サービス従業者数

職 種（該当する職種を○で囲んでください。）			員 数
1. 医師 4. 言語聴覚士	2. 理学療法士 5. 看護職員	3. 作業療法士 6. 介護職員	名
1. 医師 4. 言語聴覚士	2. 理学療法士 5. 看護職員	3. 作業療法士 6. 介護職員	名
1. 医師 4. 言語聴覚士	2. 理学療法士 5. 看護職員	3. 作業療法士 6. 介護職員	名

(別紙9)

個別リハビリテーション届出書

事業所番号	4	0																	
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名		異動等 区分	1 新規 2 変更 3 終了
------	--	-----------	----------------

1 個別リハビリテーション従業者数

医 師	常 勤	専任	名	非常 勤	専任	名
		非専任	名		非専任	名
理学療法士	常 勤	専任	名	非常 勤	専任	名
		非専任	名		非専任	名
作業療法士	常 勤	専任	名	非常 勤	専任	名
		非専任	名		非専任	名
言語聴覚士	常 勤	専任	名	非常 勤	専任	名
		非専任	名		非専任	名

2 個別リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧

器械・器具	有無	器械・器具	有無
各種測定用器具		各種日常生活活動訓練用器具	
・ 角度計		・ ()	
・ 握力計		・ ()	
・ その他()		家事用設備	
血圧計		和室	
各種心理・言語機能検査機器・器具		一般浴槽	
各種歩行補助具		立位姿勢用洗面台	
・ 四脚杖		訓練用和式トイレ	
・ ウォーカーケイン		屋外歩行ルート	
・ その他()		その他	
各種装具		・ ()	
・ 長・短下肢装具		・ ()	
・ その他()		・ ()	

* 上記の器械・器具の写真を添付してください

指定通所介護事業者 殿

福岡県保健福祉部介護保険室長
(指導育成係)

指定通所介護事業に係る介護報酬改定に伴う届出の提出について(通知)

平成15年4月1日の介護報酬改定に伴い、時間延長サービス体制の加算項目が追加になりました。
このため、下記のとおり介護給付費算定に係る体制等に関する変更の届出を提出してください。

記

1 提出書類及び部数

- ・ 介護給付費算定に係る体制等に関する変更届出書 1部
- ・ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(平成15年4月改定専用) 2部
- ・ 各加算等に係る添付書類 各1部
時間延長サービス体制届出書
指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率設定について(別紙5)

2 提出期限 平成15年4月10日(木)必着

3 提出先 福岡県保健福祉部介護保険室 指導育成係
〒812-8577 福岡市博多区東公園7-7
tel:092-643-3322

4 留意事項

- ・ 加算項目の追加等に伴い、対応可・対応不可に関わらず、現在指定を受けている全事業所から届出が必要になりますので必ず提出してください。
また、記入に際しては、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」記入要領を参照の上、ご記入ください。
- ・ 届出を郵送していただく場合は、用紙を折り曲げずにA4サイズの入る封筒にて送付してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する変更届出書＜指定事業者用＞

平成 年 月 日

知事 殿

所在地
名 称

印

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 ー) 都 道 府 県 郡 市 区 市 区 町 村 (ビル等の名称等)				
	連絡先 法人の種類	電話番号			FAX番号	
	代表者の職・氏名	職 名			氏 名	
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 都 道 府 県 郡 市 区 市 区 町 村 (ビル等の名称等)				
事業所・施設の状況	事業所の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡 市 町 村 (ビル等の名称等)				
	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 ー) 県 郡 市 町 村 (ビル等の名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡 市 町 村 (ビル等の名称等)				
届出を行う事業所・施設の種別	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)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	痴呆対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入所者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了		
	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
特記事項	介護保険事業所番号					
	医療機関コード等					
	変 更 前	変 更 後				
関係書類 別添のとおり						

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (平成15年4月改定専用)

(別紙)

担当者氏名											記入担当電話番号										
所番号											異動区分	1:新規 2:変更 3:改定	法人種別								
業所名											事業所電話番号										

届出都道府県	
--------	--

枚数	/	枚
----	---	---

実施するサービスに○を付け、全ての項目に○を付けてください。

提供サービス				適用開始年月日				施設等の区分				人員配置区分				その他該当する体制等				欄外	
11	訪問介護	平成	日	月	年	日	月	1. 身体介護 2. 生活援助 3. 通所等乗降介助												1. なし 2. あり	
12	訪問入浴介護	平成	日	月	年	日	月													1. なし 2. あり	
14	訪問リハビリテーション	平成	日	月	年	日	月													1. なし 2. あり	
15	通所介護	平成	日	月	年	日	月													1. なし 2. あり	
21	短期入所生活介護	平成	日	月	年	日	月	1. 単独型 2. 併設型・分棟型 3. 単独型小規模生活介護型 4. 併設型・単独型小規模生活介護型												1. なし 2. あり	
32	短期入所介護	平成	日	月	年	日	月													1. なし 2. あり	
33	特定施設入所者生活介護	平成	日	月	年	日	月													1. なし 2. あり	
51	介護老人福祉施設	平成	日	月	年	日	月	1. 介護福祉施設 2. 小規模介護福祉施設 3. 小規模生活介護型介護福祉施設 4. 小規模生活介護型小規模介護福祉施設												1. なし 2. あり	
16	通所リハビリテーション	平成	日	月	年	日	月													1. なし 2. あり	
22	短期入所療養介護	平成	日	月	年	日	月	1. 介護老人保健施設												1. なし 2. あり	
		平成	日	月	年	日	月	1. 施設療養型												1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型	
		平成	日	月	年	日	月	1. 施設療養型												1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型	
23	短期入所療養介護	平成	日	月	年	日	月	2. 診療所療養型												1. 重症度評価施設管理 2. 薬剤管理指導 3. 理学療法Ⅰ 4. 理学療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他	
		平成	日	月	年	日	月	1. ハビリテーション提供体制												1. 総合リハビリテーション施設 2. 理学療法Ⅰ 3. 理学療法Ⅱ 4. 作業療法Ⅰ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他	
52	介護老人保健施設	平成	日	月	年	日	月	1. 1型 2. 2型 3. 3型												1. 基礎型 2. 加算型Ⅰ 3. 加算型Ⅱ 4. 加算型Ⅲ 5. 減算型	
		平成	日	月	年	日	月	1. 療養型												1. 重症度評価施設管理 2. 薬剤管理指導 3. 理学療法Ⅰ 4. 理学療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他	
53	介護療養型医療施設	平成	日	月	年	日	月	2. 診療所型												1. 重症度評価施設管理 2. 薬剤管理指導 3. 理学療法Ⅰ 4. 理学療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他	
		平成	日	月	年	日	月	3. 療養型												1. 重症度評価施設管理 2. 薬剤管理指導 3. 理学療法Ⅰ 4. 理学療法Ⅱ 5. 言語聴覚療法Ⅰ 6. 言語聴覚療法Ⅱ 7. 精神科作業療法 8. その他	

「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」記入要領

記入にあたっては、青のボールペンをご使用下さい。

上段の各項目は、必ず記入(押印)してください。

記入担当者氏名・印(押印)・記入担当者電話番号・事業所番号・事業所名・異動区分・法人種別 事業所電話番号 届出都道府県・枚数
事業所番号は、必ず10桁の数字で記入下さい。(ゼロの場合も省略せずに記入して下さい)

事業所電話番号・記入担当者電話番号は詰めて記入し、局番の間にハイフン(-)を入れてください。

実施するサービスの左端のチェック欄に○を記入し、そのサービスに含まれる全ての項目について該当する番号を○で囲んでください。

短期入所療養介護及び介護療養型医療施設にあっては、同一の施設区分で事業の実施が複数の病棟にわたる場合は、病棟ごとに本表を「何枚目/全枚数」を記入してください。1枚の場合は「1/1」の形で記入してください。

記入を担当された方の氏名を記入してください。

担当された方の印鑑を押印してください。スタンプ印は不可です。

市外局番・市内局番・番号の形式で記入して下さい。

下の「法人種別一覧表」を参照して記入してください。

届出都道府県 神奈川県

枚数 1/3 枚

記入担当者氏名 鈴木 太郎

事業所番号 0418876545

事業所名 社会福祉法人 鈴木園ホーム

記入担当者電話番号 03-5396-1234

異動区分 ①新規、②変更、③終了

法人種別 01

事業所電話番号 0468-39-9999

※ 実施するサービスに関して○を付け、全ての項目に該当する番号に○を付けてください。

指定申請書類の事業所名又は医療機関名を記入してください。

チェック	提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等	選択
	11 訪問介護	平成 年 月 日	1 身体介護 2 生活援助 3 通院等送迎介護	特別地域加算	1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
○	12 訪問入浴介護	平成 15 年 4 月 1 日		特別地域加算	1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
	13 訪問看護	平成 年 月 日	1 訪問看護ステーション 2 病院又は診療所	特別地域加算	1. なし 2. あり	1. なし 2. あり
実施するサービスに含まれる全項目を、○印で選択してください。 数字を○で囲んで下さい。他の項目にかかったり、複数の数字を囲んでいる場合は無効となります。						
○	14 通所介護	平成 15 年 4 月 1 日	1. 単独型 2. 併設型	1. 単独型 2. 併設型	1. 対応不可 2. 対応可 3. 看護職員 4. 介護職員 5. 介護職員 6. 介護職員 7. 介護職員 8. 介護職員 9. 介護職員 10. 介護職員 11. 介護職員 12. 介護職員 13. 介護職員 14. 介護職員 15. 介護職員 16. 介護職員 17. 介護職員 18. 介護職員 19. 介護職員 20. 介護職員 21. 介護職員 22. 介護職員 23. 介護職員 24. 介護職員 25. 介護職員 26. 介護職員 27. 介護職員 28. 介護職員 29. 介護職員 30. 介護職員 31. 介護職員 32. 介護職員 33. 介護職員 34. 介護職員 35. 介護職員 36. 介護職員 37. 介護職員 38. 介護職員 39. 介護職員 40. 介護職員 41. 介護職員 42. 介護職員 43. 介護職員 44. 介護職員 45. 介護職員 46. 介護職員 47. 介護職員 48. 介護職員 49. 介護職員 50. 介護職員 51. 介護職員 52. 介護職員 53. 介護職員 54. 介護職員 55. 介護職員 56. 介護職員 57. 介護職員 58. 介護職員 59. 介護職員 60. 介護職員 61. 介護職員 62. 介護職員 63. 介護職員 64. 介護職員 65. 介護職員 66. 介護職員 67. 介護職員 68. 介護職員 69. 介護職員 70. 介護職員 71. 介護職員 72. 介護職員 73. 介護職員 74. 介護職員 75. 介護職員 76. 介護職員 77. 介護職員 78. 介護職員 79. 介護職員 80. 介護職員 81. 介護職員 82. 介護職員 83. 介護職員 84. 介護職員 85. 介護職員 86. 介護職員 87. 介護職員 88. 介護職員 89. 介護職員 90. 介護職員 91. 介護職員 92. 介護職員 93. 介護職員 94. 介護職員 95. 介護職員 96. 介護職員 97. 介護職員 98. 介護職員 99. 介護職員	1. なし 2. あり
○	23 短期入所療養介護	平成 15 年 4 月 1 日	1. 療養型 2. 療養型 3. 療養型 4. 療養型 5. 療養型 6. 療養型 7. 療養型 8. 療養型 9. 療養型 10. 療養型 11. 療養型 12. 療養型 13. 療養型 14. 療養型 15. 療養型 16. 療養型 17. 療養型 18. 療養型 19. 療養型 20. 療養型 21. 療養型 22. 療養型 23. 療養型 24. 療養型 25. 療養型 26. 療養型 27. 療養型 28. 療養型 29. 療養型 30. 療養型 31. 療養型 32. 療養型 33. 療養型 34. 療養型 35. 療養型 36. 療養型 37. 療養型 38. 療養型 39. 療養型 40. 療養型 41. 療養型 42. 療養型 43. 療養型 44. 療養型 45. 療養型 46. 療養型 47. 療養型 48. 療養型 49. 療養型 50. 療養型 51. 療養型 52. 療養型 53. 療養型 54. 療養型 55. 療養型 56. 療養型 57. 療養型 58. 療養型 59. 療養型 60. 療養型 61. 療養型 62. 療養型 63. 療養型 64. 療養型 65. 療養型 66. 療養型 67. 療養型 68. 療養型 69. 療養型 70. 療養型 71. 療養型 72. 療養型 73. 療養型 74. 療養型 75. 療養型 76. 療養型 77. 療養型 78. 療養型 79. 療養型 80. 療養型 81. 療養型 82. 療養型 83. 療養型 84. 療養型 85. 療養型 86. 療養型 87. 療養型 88. 療養型 89. 療養型 90. 療養型 91. 療養型 92. 療養型 93. 療養型 94. 療養型 95. 療養型 96. 療養型 97. 療養型 98. 療養型 99. 療養型	1. 療養型 2. 療養型 3. 療養型 4. 療養型 5. 療養型 6. 療養型 7. 療養型 8. 療養型 9. 療養型 10. 療養型 11. 療養型 12. 療養型 13. 療養型 14. 療養型 15. 療養型 16. 療養型 17. 療養型 18. 療養型 19. 療養型 20. 療養型 21. 療養型 22. 療養型 23. 療養型 24. 療養型 25. 療養型 26. 療養型 27. 療養型 28. 療養型 29. 療養型 30. 療養型 31. 療養型 32. 療養型 33. 療養型 34. 療養型 35. 療養型 36. 療養型 37. 療養型 38. 療養型 39. 療養型 40. 療養型 41. 療養型 42. 療養型 43. 療養型 44. 療養型 45. 療養型 46. 療養型 47. 療養型 48. 療養型 49. 療養型 50. 療養型 51. 療養型 52. 療養型 53. 療養型 54. 療養型 55. 療養型 56. 療養型 57. 療養型 58. 療養型 59. 療養型 60. 療養型 61. 療養型 62. 療養型 63. 療養型 64. 療養型 65. 療養型 66. 療養型 67. 療養型 68. 療養型 69. 療養型 70. 療養型 71. 療養型 72. 療養型 73. 療養型 74. 療養型 75. 療養型 76. 療養型 77. 療養型 78. 療養型 79. 療養型 80. 療養型 81. 療養型 82. 療養型 83. 療養型 84. 療養型 85. 療養型 86. 療養型 87. 療養型 88. 療養型 89. 療養型 90. 療養型 91. 療養型 92. 療養型 93. 療養型 94. 療養型 95. 療養型 96. 療養型 97. 療養型 98. 療養型 99. 療養型	1. 療養型 2. 療養型 3. 療養型 4. 療養型 5. 療養型 6. 療養型 7. 療養型 8. 療養型 9. 療養型 10. 療養型 11. 療養型 12. 療養型 13. 療養型 14. 療養型 15. 療養型 16. 療養型 17. 療養型 18. 療養型 19. 療養型 20. 療養型 21. 療養型 22. 療養型 23. 療養型 24. 療養型 25. 療養型 26. 療養型 27. 療養型 28. 療養型 29. 療養型 30. 療養型 31. 療養型 32. 療養型 33. 療養型 34. 療養型 35. 療養型 36. 療養型 37. 療養型 38. 療養型 39. 療養型 40. 療養型 41. 療養型 42. 療養型 43. 療養型 44. 療養型 45. 療養型 46. 療養型 47. 療養型 48. 療養型 49. 療養型 50. 療養型 51. 療養型 52. 療養型 53. 療養型 54. 療養型 55. 療養型 56. 療養型 57. 療養型 58. 療養型 59. 療養型 60. 療養型 61. 療養型 62. 療養型 63. 療養型 64. 療養型 65. 療養型 66. 療養型 67. 療養型 68. 療養型 69. 療養型 70. 療養型 71. 療養型 72. 療養型 73. 療養型 74. 療養型 75. 療養型 76. 療養型 77. 療養型 78. 療養型 79. 療養型 80. 療養型 81. 療養型 82. 療養型 83. 療養型 84. 療養型 85. 療養型 86. 療養型 87. 療養型 88. 療養型 89. 療養型 90. 療養型 91. 療養型 92. 療養型 93. 療養型 94. 療養型 95. 療養型 96. 療養型 97. 療養型 98. 療養型 99. 療養型	

実施するサービスに含まれる全項目を、○印で選択してください。

提供サービス23と53は、「施設等の区分」を複数選択できます。

年月日は和暦で、右づめて記入してください。

下の「複数選択項目について」を参照してください。

<法人種別一覧表>

法人種別	コード	法人種別	コード	法人種別	コード
社会福祉法人(社協以外)	01	営利法人	05	地方公共団体(都道府県)	10
社会福祉法人(社協)	02	非営利法人(NPO)	06	地方公共団体(市町村)	11
医療法人	03	農協	07	地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)	12
民法法人(社団・財団)	04	生協	08	非法人	13
		その他法人	09	その他	99

<複数選択項目について>

各提供サービスの「その他該当する体制等」欄で、次の項目については複数選択が可能です。「1 なし」を選択された場合、他の項目は選択できません。

- 職員・欠員による減算の状況
- 特定診療費項目
- リハビリテーション提供体制

「1 なし」が選択されている場合は、他の項目は選択できません。

チェック	提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等	部引
○	23 短期入所療養介護	平成 15 年 4 月 1 日	①単独型 ②併設型 ③併設型	①Ⅰ型 ②Ⅱ型 ③Ⅲ型	①なし ②あり ③施設可 ④施設可 ⑤施設可 ⑥施設可 ⑦施設可 ⑧施設可 ⑨施設可 ⑩施設可 ⑪施設可 ⑫施設可 ⑬施設可 ⑭施設可 ⑮施設可 ⑯施設可 ⑰施設可 ⑱施設可 ⑲施設可 ⑳施設可 ㉑施設可 ㉒施設可 ㉓施設可 ㉔施設可 ㉕施設可 ㉖施設可 ㉗施設可 ㉘施設可 ㉙施設可 ㉚施設可 ㉛施設可 ㉜施設可 ㉝施設可 ㉞施設可 ㉟施設可 ㊱施設可 ㊲施設可 ㊳施設可 ㊴施設可 ㊵施設可 ㊶施設可 ㊷施設可 ㊸施設可 ㊹施設可 ㊺施設可 ㊻施設可 ㊼施設可 ㊽施設可 ㊾施設可 ㊿施設可	①なし ②あり

時間延長サービス体制届出書

事業所番号	4	0							
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--

事業所名		異動等 区分	1 新規 2 変更 3 終了
------	--	-----------	----------------

1 当該事業所のサービス提供時間

:	~	:	(	時間	分)
---	---	---	---	----	----

2 時間延長サービス利用者推定数

サービス提供時間前	名	サービス提供時間後	名
-----------	---	-----------	---

3 時間延長サービス従業者数

職 種 (該当する職種を○で囲んでください。)	員 数
1 管理者 2 生活相談員 3 看護職員 4 介護職員	名
1 管理者 2 生活相談員 3 看護職員 4 介護職員	名
1 管理者 2 生活相談員 3 看護職員 4 介護職員	名

(別紙5)

指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

事業所番号	4	0									
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名		異動等 区分	1 新規 2 変更 3 終了
------	--	-----------	----------------

1 割引率等

サービスの種類	割引率	適用条件
通所介護	(例) 10%	(例) 土曜日、日曜日

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 平成 年 月 日