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の添付書類について

　届出の際には、総合事業の介護給付費算定に係る体制等届出書に加え、下記の書類を添付してください。また、添付書類欄が「－」の場合、添付書類は不要です。この一覧に掲載がない加算については、加算の算定（請求）にあたり、事前の届出は不要となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス  種別 | 届出項目 | 留意事項 |
| ○添付書類 |
| 介護予防訪問介護相当サービス | 特別地域加算 |  |
| － |  |
| 中山間地域における小規模事業所加算（地域に関する状況） |  |
| － |  |
| 中山間地域における小規模事業所加算（規模に関する状況） |  |
| ○中山間地域における小規模事業所加算に係る確認表 |  |
| 介護職員処遇改善加算 | ・年度終了後、実績報告書を提出すること。  ・詳細は「介護職員処遇改善加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の掲示について（H27.3.31老発0331号第34号）」等を参照 |
| ○介護職員処遇改善計画書 |
| ○介護職員処遇改善加算届出書 |
| ○就業規則、賃金規定、労働保険納付を証明できる書類 |
| ○その他必要な書類 |
| 介護予防通所介護相当サービス | 職員の欠如による減算 |  |
| ○勤務形態一覧表 |  |
| 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 |  |
| ○勤務形態一覧表 |  |
| ○機能訓練指導員の資格証の写し |  |
| 栄養改善体制 |  |
| ○勤務形態一覧表 |  |
| ○管理栄養士の免許証の写し |  |
| 口腔機能向上体制 |  |
| ○勤務形態一覧表 |  |
| ○言語聴覚士、歯科衛生士、看護師又は准看護師の免許証の写し |  |
| 選択的サービス複数実施加算 |  |
| － |  |
| 事業所評価加算〔申出〕の有無 |  |
| － |  |
| サービス提供体制強化加算 | ・定員超過利用、人員基準欠如に該当していないこと |
| ○サービス提供体制強化加算に関する届出書 |
| ○サービス提供体制強化加算に関する資料 |
| ○職員の割合算出に必要な月数分の勤務形態一覧表 |
| ○介護福祉士当の割合で算出する場合は、資格証の写し。勤続年数で算出する場合は、勤続年数を証する書類。 |
| 生活機能向上連携加算 |  |
| － |  |
| 介護職員処遇改善加算 |  |
| ○介護予防訪問介護相当サービスと同じ |  |
| 通所型短期集中予防サービス | 職員の欠如による減算 |  |
| ○勤務形態一覧表 |  |