

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

小 田 原 市 長 殿

届出者 所 在 地  
(法人) 事業者名  
代表者名

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<br>(法人) | フリガナ<br>名称    |                      |        |          |     |  |
|             | 主たる事務所の所在地    | (郵便番号      —      )  |        |          |     |  |
|             | 連絡先           | 電話番号                 |        | F A X 番号 |     |  |
|             | 代表者の職・氏名      | 職名                   |        | 氏名       |     |  |
|             | 主たる事業所・施設の所在地 | (郵便番号      —      )  |        |          |     |  |
| 事業所・施設の状況   | 事業所番号         |                      | サービス種類 |          |     |  |
|             | 事業所名          |                      |        |          |     |  |
|             | 連絡先           | 電話番号                 |        | F A X 番号 |     |  |
|             | 管理者氏名         | 氏名                   |        |          |     |  |
|             | 変更の概要         | 変更前                  | 変更後    |          |     |  |
|             |               | 指定年月日                | 令和     | 年        | 月 日 |  |
|             |               | 変更年月日<br>[加算算定適用年月日] | 令和     | 年        | 月 日 |  |
|             |               | 終了年月日                | 令和     | 年        | 月 日 |  |
|             |               |                      |        |          |     |  |

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

|                  | 書類の提出時期                                         | 提出書類(書類略称)                 | 計画相談支援 |
|------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|--------|
| 届<br>出<br>様<br>式 | 毎年4月<br>(前年度実績によるサー<br>ビス費の見直し)<br>・<br>加算内容変更時 | 様式第1号(体制届出書)               | ▲      |
|                  |                                                 | 別紙1 (介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表) | ▲      |
|                  |                                                 | 別紙2-1(勤務表)                 | ▲      |
|                  |                                                 | 別紙3(特定事業所)                 | ▲      |
|                  |                                                 | 別紙4(体制加算に関する届出書(相談支援事業所))  | ▲      |
|                  | 凡例<br>◎ 必ず提出<br>▲ 該当時提出                         |                            |        |

別紙1

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

| 提供サービス  |        | その他該当する体制等 |                                                      |  | 適用開始日 |
|---------|--------|------------|------------------------------------------------------|--|-------|
| 各サービス共通 |        | 地域区分       | 1. 一級地 2. 二級地 3. 三級地 4. 四級地 5. 五級地<br>6. 六級地 20. その他 |  |       |
| 相談支援    | 計画相談支援 | 相談支援特定事業所  | 1 なし 2 (Ⅰ) 3 (Ⅱ) 4 (Ⅲ) 5 (Ⅳ)                         |  |       |
|         |        | 行動障害支援体制   | 1 なし 2 あり                                            |  |       |
|         |        | 要医療児者支援体制  | 1 なし 2 あり                                            |  |       |
|         |        | 精神障害者支援体制  | 1 なし 2 あり                                            |  |       |
|         |        | 地域生活支援拠点等  | 1 なし 2 あり                                            |  |       |

|        |            |
|--------|------------|
| 事業所名   |            |
| サービス種類 | ▼選択してください。 |

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。  
 注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記入するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記入してください。  
 注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。

注2「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記入するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記入してください。

注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

(別紙3)

令和 年 月 日

特定事業所加算に係る届出書(相談支援事業所)

|       |                                    |
|-------|------------------------------------|
| 事業所名  |                                    |
| 異動等区分 | 1 新規      2 継続      3 変更      4 終了 |

- (1) 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。

相談支援専門員の配置状況

|                |      |   |      |   |
|----------------|------|---|------|---|
| 相談支援専門員        | 常勤専従 | 人 | 常勤兼務 | 人 |
| 上記のうち主任相談支援専門員 | 常勤専従 | 人 | 常勤兼務 | 人 |
| 上記のうち現任研修修了者   | 常勤専従 | 人 | 常勤兼務 | 人 |

※ 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。

※ 相談支援専門員初任者研修及び相談支援専門員現任研修の修了証を添付すること。

- ① 常勤かつ専従の相談支援専門員を4名以上配置し、かつ、そのうち1名以上が主任相談支援専門員である
- ② 常勤かつ専従の相談支援専門員を4名以上配置し、かつ、そのうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了している
- ③ 常勤かつ専従の相談支援専門員を3名以上配置し、かつ、そのうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了している
- ④ 常勤かつ専従の相談支援専門員を2名以上配置し、かつ、そのうち1名以上が相談支援従事者現任研修を修了している

- (2) 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。

- (3) 24時間常時連絡できる体制を整備している。

|        |                |
|--------|----------------|
| 具体的な方法 | ※職員体制、連絡手段等を記載 |
|--------|----------------|

※ 具体的な体制を示した書類の添付でも可とする。

- (4) 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。

※ 研修の実施計画及び実施状況を示した書面があれば添付すること。  
ない場合は具体的な方法を次の欄に記載すること。

|        |              |
|--------|--------------|
| 具体的な方法 | ※実施方法、回数等を記載 |
|--------|--------------|

該当する場合は番号を選択 ↓

①

有 ・ 無

有 ・ 無

有 ・ 無

(5) 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。

※ 研修の実施計画及び実施状況を示した書面があれば添付すること。  
ない場合は具体的な方法を次の欄に記載すること。

|        |              |
|--------|--------------|
| 具体的な方法 | ※実施方法、回数等を記載 |
|--------|--------------|

有 ・ 無

(6) 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。

有 ・ 無

(7) 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。

有 ・ 無

(8) 指定特定相談事業所において指定サービス利用支援又は継続サービス利用支援を提供する件数（指定障害児相談支援事業者の指定を併せて受け、一体的に運営されている場合は、指定障害児相談支援の利用者を含む。）が1月間において相談支援専門員1人あたり40件未満である。

有 ・ 無

上記(1)-①、(2)、(3)、(4)、(6)、(7)、(8)に該当する場合、特定事業所加算Ⅰを算定できる  
上記(1)-②、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(8)に該当する場合、特定事業所加算Ⅱを算定できる  
上記(1)-③、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(8)に該当する場合、特定事業所加算Ⅲを算定できる  
上記(1)-④、(2)、(5)、(6)、(7)、(8)に該当する場合、特定事業所加算Ⅳを算定できる

※ 当該届出様式は標準様式とする。

計画相談支援・障害児相談支援における特定事業所加算に係る基準の遵守状況に関する記録  
(保存用)〔標準様式〕

令和 年 月サービス提供分

|     |      |      |      |
|-----|------|------|------|
| 区 分 | 1 新規 | 2 継続 | 3 廃止 |
|-----|------|------|------|

1 相談支援専門員(常勤・専従)の状況

|              |   |     |     |    |   |       |    |   |
|--------------|---|-----|-----|----|---|-------|----|---|
| 相談支援<br>専門員数 | 人 | 内 訳 | 常 勤 | 専従 | 人 | 非 常 勤 | 専従 | 人 |
|              |   |     |     | 兼務 | 人 |       | 兼務 | 人 |

※ 相談支援専門員初任者研修の修了証を添付すること。

主任相談支援専門員の状況

|             |  |
|-------------|--|
| 主任相談支援専門員氏名 |  |
|-------------|--|

相談支援専門員(現任研修修了者)の状況

|           |  |
|-----------|--|
| 相談支援専門員氏名 |  |
|-----------|--|

※ 相談支援専門員現任研修の修了証を添付すること。

2 定期的な会議の開催

|                                                                                    |     |     |     |     |     |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|
| 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を概ね週1回以上開催している。<br>※「有」の場合には、開催記録を添付すること。 |     |     |     |     | 有   | ・ | 無 |
| 開催日                                                                                | ① 日 | ② 日 | ③ 日 | ④ 日 | ⑤ 日 |   |   |

3 24時間連絡体制の確保

|                                                   |  |  |   |   |   |
|---------------------------------------------------|--|--|---|---|---|
| 24時間常時連絡できる体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保している。 |  |  | 有 | ・ | 無 |
| 具体的な方法                                            |  |  |   |   |   |

※ 「有」の場合には、具体的な体制を示した書類の添付でも可とする。

4 研修の実施

|                                                          |   |   |   |
|----------------------------------------------------------|---|---|---|
| 当該相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。 | 有 | ・ | 無 |
|----------------------------------------------------------|---|---|---|

※ 「有」の場合には、研修の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。

|                                                                 |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 当該相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。 | 有 | ・ | 無 |
|-----------------------------------------------------------------|---|---|---|

※ 「有」の場合には、研修の実施計画及び実施状況を示した書面を添付すること。

5 基幹相談支援センター等との連携について

|                                                                 |                           |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------|
| (基幹相談支援センター等から支援が困難な利用者の紹介があった場合)当該利用者に計画相談支援(障害児相談支援)の提供を開始した。 | 有 ・ 無<br>(開始件数 : 件)       |
| (基幹相談支援センター等が開催する事例検討会等がある場合)当該事例検討会等に参加した。                     | 有 ・ 無<br>参加年月日:<br>主催団体名: |

6 指定特定相談支援事業所において指定サービス利用支援又は継続サービス利用支援を提供する件数について

|                                              |  |   |                        |  |   |
|----------------------------------------------|--|---|------------------------|--|---|
| 指定特定相談支援事業所において指定サービス利用支援又は継続サービス利用支援を提供する件数 |  | 件 | 1月間における相談支援専門員1人あたりの件数 |  | 件 |
|----------------------------------------------|--|---|------------------------|--|---|



|                     |               |   |      |   |
|---------------------|---------------|---|------|---|
| 事業所名                |               |   |      |   |
| 届出する加算<br>(該当の番号に○) | 1 行動障害支援体制加算  |   |      |   |
|                     | 2 要医療児者支援体制加算 |   |      |   |
|                     | 3 精神障害者支援体制加算 |   |      |   |
| 異動区分<br>(該当の番号に○)   | 1 新規          |   | 2 継続 |   |
| 適用年月日               | 令和            | 年 | 月    | 日 |

※ 当該加算を算定している事業所が、引き続き加算を算定する場合で、対象職員の変更のみを届け出る  
ときには、「異動区分」欄において「2 継続」に○を付すこと。