

地域密着型サービスの独自報酬の加算に関する届出書

国立市長 殿

年 月 日

所在地

事業者 名 称

代表者

独自報酬の加算について、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

										事業所番号									
事業所	フリガナ																		
	事業所名																		
	事業所所在地	(郵便番号 —)																	
	連絡先	電話番号							FAX 番号										
	サービス種類																		
	担当者	職・氏名																	
異動区分		1 新規 2 変更 3 終了				適用開始年月日				年 月 日									
異動内容		変更前								変更後									
該当する数字を○で囲んでください	算 定 項 目																単 位 数		
	小規模多機能型居宅介護																		
	1	独居高齢者等への支援に関する項目（対象者加算）																400単位	
	2	認知症ケアの充実に関する項目（体制加算）																400単位	
	3	開かれた運営体制の構築に関する項目（体制加算）																200単位	
	看護小規模多機能型居宅介護																		
	1	独居高齢者等への支援に関する項目（対象者加算）																400単位	
	2	認知症ケアの充実に関する項目（体制加算）																400単位	
3	開かれた運営体制の構築に関する項目（体制加算）																200単位		