

第 3 部 更新申請書類

1 更新申請書類の概要

- 更新申請書類には次のものがあります。
 - ・指定（許可）更新申請書（様式第一号（二））
 - ・更新申請書類確認表（別表）
 - ・付表（付表第一号（一）～（十七）※サービス種別毎）
 - ・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1-1～1-11※サービス種別毎）
 - ・従業者の資格を証する書類
 - ・誓約書（標準様式第6号）
 - ・介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
- （・変更届 = 変更がある場合のみ）

(1) 更新申請書類

- 更新申請書類は、更新申請を行うサービス事業所ごとに作成してください。
- ただし、事業所番号が同一で一体的に運営している、同一種別の「居宅サービス」と「介護予防サービス」、「介護老人福祉施設」と「（介護予防）短期入所生活介護」又は「（介護予防）福祉用具貸与」と「特定（介護予防）福祉用具販売」を同時に更新申請する場合は、双方のサービスを合わせて申請書類を作成できます。
（詳しくは、2「更新申請書」(3) P13 を参照。）
- 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表は、申請時点における各種加算の取得状況を確認するもののため、本提出により追加で加算を取得することはできませんので、加算を取得しようとする場合は、所定の提出期限までに別途届出を提出してください

(2) 変更届

- 更新申請書類を作成する際、これまでの変更届の提出状況を確認した結果、未提出の変更届があった場合は、更新申請書類と併せて当該変更届を提出してください。
 - ※ 変更届は、本来、変更後10日以内に提出が必要です。変更届出事項に提出漏れがないか、日頃から十分な確認をお願いします。
変更届出の提出が必要な事項については「介護保険事業者指定（許可）申請の手引き」第4部をご確認ください。
- 更新申請書類を提出後、指定（許可）有効期間満了日までに変更事項が生じたことにより、変更届を提出する際は、変更届の余白に「更新申請書提出済」と朱書きしてください。

2 指定（許可）更新申請書（様式第一号（二））

- 更新申請の申請者、更新申請を行う事業等の種類及び事業所等について記載するものです。
- ◎ 更新申請書は、更新申請を行うサービス事業所（施設）ごとに作成してください。
（下記(1)を参照。）
ただし、事業所番号が同一で一体的に運営している、同一種別の「居宅サービス」と「介護予防サービス」、「介護老人福祉施設」と「（介護予防）短期入所生活介護」又は「（介護予防）福祉用具貸与」と「特定（介護予防）福祉用具販売」を同時に更新申請する場合は、双方を合わせて更新申請書を作成できません（P13を参照）。

(1) 更新申請書作成上の留意事項

- 更新申請書は、サービス事業所ごとに作成してください。

(2) 記載上の留意事項

○法人の種別

申請者が法人の場合、申請者の「名称」欄を、「社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社、特定非営利活動法人、農協等」の区別ができるよう正確に記載してください。

○更新申請をする事業等

更新申請を行う事業所についてのみ現在の有効期間満了年月日を記入してください。

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

記載例 1

※訪問介護のみを更新する
場合

指定(許可)更新申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

福島県知事(市長)殿

所在地 福島県福島市杉妻町〇番△△号

申請者 名称 福島介護サービス株式会社

代表者職名・氏名 代表取締役 福島 一郎

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)の更新を受けたいので、下記のとおり、
関係書類を添えて申請します。

		法人番号	A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
申請者	フリガナ	フクシマカイゴサービスカブシキカイシャ														
	名称	福島介護サービス株式会社														
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 960 - 8670) 福島 都道 市区 府県 町村 杉妻町〇番△△号														
	連絡先	電話番号	024-500-0000 (内線) 123				FAX番号	024-500-0000								
	代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役			フリガナ	フクシマ イチロウ			生年月日	昭和〇〇年△△月〇日					
					氏名	福島 一郎										
事業所	代表者(開設者)の住所	(郵便番号 960 - 8670) 福島 都道 市区 府県 町村 杉妻町〇番〇〇号														
	事業等の種類	訪問介護				介護保険事業所番号	0770101234									
	指定有効期間満了日	〇〇〇〇年〇月〇日														
	フリガナ	フクシマカイゴサービスヘルパーステーション														
	名称	福島介護サービス・ヘルパーステーション														
所在地	(郵便番号 960 - 8670) 福島 都道 市区 府県 町村 杉妻町〇番〇〇号															
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき															
管理者	フリガナ	フクシマ ジロウ														
	氏名	福島 二郎				生年月日	平成〇〇年△月〇日									
	住所	(郵便番号 960 - 8670) 福島 都道 市区 府県 町村 杉妻町〇番△△号														

- 備考
- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 - 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

(3) 事業所番号が同一で、同一サービス種別の「居宅サービス」と「介護予防サービス」、「介護老人福祉施設」と「（介護予防）短期入所生活介護」又は「（介護予防）福祉用具貸与」と「特定（介護予防）福祉用具販売」を一体的に運営している事業所（※）において、双方のサービスを同時に更新申請する場合

○更新申請をする事業等の種類、指定有効期間満了日

更新申請する事業所の欄に、更新する全サービス種類と有効期間満了年月日を記載してください。

指定有効期間満了年月日の記載がないサービスについては、一体的に運営しているサービスであったとしても更新対象サービスとはみなしません。指定有効期限を合わせる場合は忘れずに記入をお願いします。****

※同一事業所番号における次の①から⑫のいずれかの場合に限ります。

- ① 訪問入浴介護と介護予防訪問入浴介護を一体的に運営している場合
- ② 訪問看護と介護予防訪問看護を一体的に運営している場合
- ③ 訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションを一体的に運営している場合
- ④ 居宅療養管理指導と介護予防居宅療養管理指導を一体的に運営している場合
- ⑤ 通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを一体的に運営している場合
- ⑥ 短期入所生活介護と介護予防短期入所生活介護を一体的に運営している場合
- ⑦ 短期入所療養介護と介護予防短期入所療養介護を一体的に運営している場合
- ⑧ 特定施設入居者生活介護と介護予防特定施設入居者生活介護を一体的に運営している場合
- ⑨ 福祉用具貸与と介護予防福祉用具貸与を一体的に運営している場合
- ⑩ 特定福祉用具販売と特定介護予防福祉用具販売を一体的に運営している場合
- ⑪ 介護老人福祉施設と（介護予防）短期入所生活介護を一体的に運営している場合
- ⑫ ⑨と⑩を一体的に運営している場合

指定居宅サービス事業所
介護保険施設
指定介護予防サービス事業所

記載例 1

※介護老人福祉施設、(介護予防)短期入所生活介護を一体的に実施する事業所において、同時に更新する場合

指定(許可)更新申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

福島県知事(市長)殿

所在地 福島県須賀川市旭町〇番△△号

申請者 名称 社会福祉法人 県中福祉会

代表者職名・氏名 理事長 県中 花子

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号	A 7 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0									
申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン ケンチュウフクシカイ										
	名称	社会福祉法人 県中福祉会										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 960 - 8670) 福島 都道 須賀川 市区 旭町〇番△△号 府県 町村										
	連絡先	電話番号	024-500-0000 (内線) 123				FAX番号	024-500-0000				
		Email	〇〇〇day@fukushi.〇〇.jp									
事業所	代表者(開設者)の職名・氏名・生年月日	職名	理事長		フリガナ	フクシマ ハナコ		生年月日	昭和〇〇年△△月〇日			
				氏名	福島 花子							
	代表者(開設者)の住所	(郵便番号 962 - 0834) 福島 都道 須賀川 市区 旭町〇番△△号 府県 町村										
	事業等の種類	介護老人福祉施設、(介護予防)短期入所生活介護				介護保険事業所番号	0 7 7 0 7 0 5 6 7 8					
	指定有効期間満了日	介護老人福祉施設 〇〇年〇月〇日、(介護予防)短期入所生活介護 △△年△月△日										
事業所	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム ケンチュウ										
	名称	特別養護老人ホーム 県中										
	所在地	(郵便番号 962 - 0834) 福島 都道 須賀川 市区 旭町〇番△△号 府県 町村										
当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき												
管理者	フリガナ	ケンチュウ タロウ										
	氏名	県中 太郎				生年月日	平成〇〇年△月〇日					
	住所	(郵便番号 962 - 0834) 福島 都道 須賀川 市区 旭町〇番〇〇号 府県 町村										

- 備考
- 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
 - 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
 - 「当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

3 更新申請書類確認表（別表）

- 添付すべき書類を確認の上、該当欄にチェックを付けてください。
- 後日、書類について確認することがありますので、担当者名等を記入してください。

- 更新申請書類確認表は全サービス共通です。申請書ごとに更新申請書類確認表を作成してください。
- 添付すべき書類を確認の上、該当欄にチェックを付けてください。
- 後日、申請書類について確認することがありますので、申請事務の担当者名、連絡先を記載してください。

別表 更新申請書類確認表（全サービス共通）

介護保険事業所番号	
事業所（施設）の名称	
サービスの種類	

番号	添付書類	留意事項	申請者 確認欄	県 確認欄
1	付表 (付表第一号(一)～ (十七))	・サービス種類ごとに定められた付表を添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	従業員の勤務体制及び 勤務形態一覧表 (標準様式 1-1～1-11)	・申請月の状況のものを添付すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	従業員の資格を証する 書類	・資格が必要な職種のみ ・氏名が変更になっている場合はその旨余白に記載し 奥書証明すること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	誓約書 (標準様式第6号)	・所定の様式によること。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	介護給費費算定に係る 体制等状況一覧表	・この届をもって変更届とすることはできません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 本票は申請書ごとに作成してください。

申請事務の担当者			
所属名		氏名	
電話		FAX	

4 付表

- 更新申請を行うサービス事業所（施設）ごとに定められた付表を作成してください
- ただし、一体的に運営している同一種別の居宅サービスと介護予防サービスを同時に更新申請する場合は、双方を合わせて作成できます。

- 付表は、サービス種別ごとに異なりますので、申請に応じた付表を作成してください。

- 付表第一号（一） 訪問介護
- 付表第一号（二） 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護
- 付表第一号（三） 訪問看護・介護予防訪問看護
- 付表第一号（四） 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション
- 付表第一号（五） 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導
- 付表第一号（六） 通所介護
- 付表第一号（七） 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
- 付表第一号（八） 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（単独型）
- 付表第一号（九） 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（空床型・本体施設が特養の併設型）
- 付表第一号（十） 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護（本体施設が特養以外の併設型）
- 付表第一号（十一） 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
- 付表第一号（十二） 特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
- 付表第一号（十三） 福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与
- 付表第一号（十四） 特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売
- 付表第一号（十五） 介護老人福祉施設
- 付表第一号（十六） 介護老人保健施設
- 付表第一号（十七） 介護医療院

5 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

○ 申請する日の属する月の従業員の勤務表により、申請に係る事業の人員基準の遵守状況を確認します。

(1) 記載する従業員の範囲

○ 人員基準で定められている職種の従業員について記載してください。

(2) 休暇等の記載

○ 公休は「×」を記載してください。

○ 出張や有給休暇等があった場合には、その旨記載してください。

(3) 記載上の留意事項

○ 常勤換算で人員基準が定められている職種の記載に当たっては、次の点にご注意ください。

① 「勤務形態」欄が「A」の職員（常勤専従の職員）は、休暇等の期間が暦月で1月を超えるものでない限り（当該事業所（施設）の職務に従事しない期間がまる1ヶ月ある場合以外）、常勤の従業員として勤務したものとして取り扱います。

したがって、出張や有給休暇等があった場合でも、その期間が暦月で1月を超えるものでない場合は、「常勤換算後の人数」欄は、「1.0」と記載します。

なお、時間外労働（残業）は記載しません。

② 「勤務形態」欄が「B」の職員（常勤兼務）は、当該業務に従事した時間数のみを記載して計算してください。常勤職員であるため、「A」の職員と同様に休暇等の期間が暦月で1月を超えるものでない限り、常勤の従業員として勤務したものとして取り扱います。

有給休暇等があった場合はその旨表示してください。常勤換算する場合は、例えば、通常訪問介護事業所2時間、通所介護事業所で6時間勤務している従業員が、1日有給休暇を取得した時は、兼務の状況により按分等を用いて時間を計算してください。

なお、時間外労働（残業）は記載しません。

③ 「勤務形態」欄が「C」（非常勤専従）、「D」（非常勤兼務）の職員は、当該業務に従事した時間数のみを記載して計算してください。

したがって、出張や有給休暇等があった場合は、その時間数は常勤換算の計算から除かれます。

【記載例1】

人員基準を満たすために必要な資格を記載してください。

(1) 4週
(2) 予定
(3)事業所における
事業所ごとに設定する常勤職員の勤務時間を記載し、常勤換算を行うようにしてください。
40 時間/週 160 時間/月
当月の日数 30 日
サービス提供単位数 1 単位
1 単位目
(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間 9:30 ~ 16:30 (計 7 時間)

Table with columns for staff No., position, qualification, name, and a 5-week shift schedule grid. Includes summary rows for total hours and service provision times.

兼務職種は、職種毎に配置時間を分けて記載してください。

利用者数に応じた人員配置がなされているかを確認するため、日々の利用者数を記載してください。

(標準様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 6 (2024) 年 4 月

サービス種別 (指定介護老人福祉施設 (ユニット型))
事業所名 (OOOO)

【記載例2】

人員基準を満たすために必要な資格を記載してください。

事業所ごとに設定する常勤職員
の勤務時間を記載し、常勤換算を行うようにしてください。

(3) 事業所における常勤

40 時間/週 160 時間/月

当月の日数 30 日

(4) 入所者数

36 人

Main table with columns for No, Unit Name, Job Type, Qualification, Name, Shift, and weekly/monthly hours. Includes handwritten notes like '兼務職種は、職種毎に配置時間を分けて記載してください。' and '人員基準を確認するのにご活用ください。'

(15) 【任意入力】人員基準の確認 (看護職員・介護職員)

人員基準を確認するのにご活用ください。

①看護職員

Table for nursing staff showing monthly and weekly average working hours, and calculations for full-time equivalents.

■ 常勤換算方法による人数 基準： 週 40
常勤換算の対象時間数 (週平均) ÷ 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
20 ÷ 40 = 0.5 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 看護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の人数 + 常勤換算方法による人数 = 合計
2 + 0.5 = 2.5人

②介護職員

Table for care staff showing monthly and weekly average working hours, and calculations for full-time equivalents.

■ 常勤換算方法による人数 基準： 週 40
常勤換算の対象時間数 (週平均) ÷ 週に勤務すべき時間数 = 常勤換算後の人数
128 ÷ 40 = 3.2 (小数点第2位以下切り捨て)

■ 介護職員の常勤換算方法による人数
常勤換算方法対象外の人数 + 常勤換算方法による人数 = 合計
16 + 3.2 = 19.2人

③看護職員と介護職員の合計

看護職員 2.5人 + 介護職員 19.2人 = 合計 21.7人

(勤務形態の記号)

Table mapping codes A, B, C, D to employment types: A (常勤専従), B (常勤兼務), C (非常勤専従), D (非常勤兼務).

6 従業員の資格を証する書類

- 資格が必要とされる職種の従業員について、その資格内容を確認します。
- 資格証の写しを提出してください。

- 資格要件はサービスの種類ごとに異なります。

「資格証の写し」を提出してください。

- なお、資格証に記載の氏名が、旧姓であるなど、**現在の氏名と異なる場合は**、資格証の余白に改姓期日、現在の氏名を記載し、当該人の資格証の写しである旨を申請者（事業者）が**奥書証明してください。**

（記載例）

（○○は平成×年×月×日□□□に**改姓**）

この写しは原本と相違ありません

××××年×月×日

○○県○○市○○町×番×号

○○○株式会社 代表取締役 ○○○

< 提出する際の主な留意点 >

- ① 訪問介護の訪問介護員について

訪問介護員について、3級ヘルパーは認められません。

- ② 通所介護の生活相談員について

通所介護事業所の生活相談員については、社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士及び社会福祉に関する指定科目を3科目以上取得した者となります。このほか福島県では、介護支援専門員及び介護福祉士（ただし、下記に記載する介護サービス事業所（※）において5年以上の介護業務又は相談業務に従事した経験を有する者に限る。）を認めています（H14.10.28付14高第2314号）。

この取り扱いは、介護老人福祉施設及び短期入所生活介護事業所における生活相談員については適用ありませんのでご注意ください。

※ 介護老人福祉施設（地域密着型を含む）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、通所介護（地域密着型及び認知症対応型を含む）、通所リハビリテーション、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護（訪問サービスのみの従事は不可）、看護小規模多機能型居宅介護（訪問サービスのみの従事は不可）、特定施設入居者生活介護（地域密着型を含む）、短期入所生活介護、短期入所療養介護

- ③ 介護支援専門員について

資格の確認については、「介護支援専門員証」の写しのみ有効です。

介護支援専門員証については5年間の有効期間が設けられ、研修受講により有効期間を更新することとなりました。有効期間が延長となった場合はその文書の写しを提出してください。

平成18年3月以前に交付された「介護支援専門員登録証明書」では、資格の確認書類として認められません。

- ④ 介護福祉士及び社会福祉士等について
介護福祉士の場合は介護福祉士登録証、社会福祉士の場合は社会福祉士登録証の写しを提出してください。登録はしたが発行手続きに時間がかかっている場合は、それを証する書類を添付のうえ、登録証が届いた時点で登録証の写しを送付してください（社会福祉士及び介護福祉士法第 28 条及び第 42 条）。
その他、精神保健福祉士等の資格についても合格証ではなく登録証（免許制度の場合は免許証）の写しを提出してください。
- ⑤ 社会福祉主事（任用資格）について
厚生労働大臣の指定する養成機関等を修了し資格を取得した方は、社会福祉主事任用資格証明書の写しを提出してください。
大学・短期大学で厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する指定科目を 3 科目以上履修し卒業した方の場合、社会福祉主事任用資格証明書の写し、又は履修証明書（卒業年月日の明記がない場合は卒業証明書を併せて）を提出してください。
（「社会福祉主事の資格に関する科目指定」（S25. 8. 29 厚生省告示第 226 号）、「社会福祉法第 19 条第 1 項第 1 号に基づく厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目の読替の範囲等について」（H12. 9. 13 社援第 2073 号厚生省社会・援護局長通知、H20. 7. 31 一部改正）参照）
- ⑥ 通所介護、短期入所生活介護、介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護における機能訓練指導員について、はり師・きゅう師を配置している場合、資格証、経歴書並びに看護職員等の機能訓練指導員を配置している事業所において 6 月以上機能訓練指導に従事したことを証する実務経歴証明書を提出してください。（H30. 4 制度改正による）

7 「誓約書」

- 「誓約書」は、申請日現在の「役員」及び「管理者」が、介護保険法で定める欠格事由に該当しない者であることを誓約するものです。
- 誓約は、申請者（法人にあっては法人の代表者）が一括して行います。

(1) 「役員」とは

【申請者が法人の場合】

- ・ 法人の役員にあっては、業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者を言い、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し、業務を執行する社員、取締役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含みます。
- ・ 社会福祉法人の「監事」や「評議員」及び株式会社の「監査役」等は、業務を執行する役員ではないため、含みません。

【申請者が個人の場合】

- ・ 開設者本人をいいます。

【申請者が地方公共団体の場合】

- ・ 市町村長をいいます。

(2) 誓約者

- ・ 申請者（法人にあっては法人の代表者）が一括して誓約する形態をとります。
- ・ 役員及び管理者が個々に押印する必要はありません。

※ 平成24年の介護保険法改正によって、次の欠格事由が追加されています。誓約にあたっては、各欠格事由を十分に確認したうえで誓約してください。

(追加された欠格事由)

- ①労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金刑に処せられ、その執行を終わるまでの者、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- ②労働保険の保険料の徴収等に関する法律により納付義務を負う保険料等の滞納処分を受け、引き続き滞納している者

居宅サービス：法第70条第2項、介護予防サービス：法第115条の2第2項
介護老人福祉施設：法第86条第2項
介護老人保健施設：法第94条3項
介護医療院：法第107条第3項

(3) 補足

- ・ 提出の際、別紙①～⑤は添付不要です。内容を確認のうえ、該当するサービスに○をしてください。

(標準様式6)

誓約書

記載例1

令和〇年〇月〇〇日

福島県知事

申請者

(名称)

福島介護サービス株式会社

(代表者の職名・氏名)

代表取締役 福島 一郎

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

<input checked="" type="radio"/>	別紙①: 居宅サービス事業所向け
<input type="radio"/>	別紙②: 介護老人福祉施設向け
<input type="radio"/>	別紙③: 介護老人保健施設向け
<input type="radio"/>	別紙④: 介護医療院向け
<input type="radio"/>	別紙⑤: 介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

8 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

○ 事業所(施設)の体制に係る介護給付費の加算状況を確認します。

- ※ 提出が必要となるのは、特定（介護予防）福祉用具販売を除く全てのサービスです。
- 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」を提出してください。

<記載上の留意事項>

○ 更新する事業のみを記載してください。

- ※ 変更がある場合は、本手続きとは別途、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」及び「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」を所定の提出期限までに提出してください。
- ※ 更新対象のサービスの有無にかかわらず、日ごろから、事業者自ら取得した加算の算定要件について確認くださるようお願いします。

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)

事業所番号 0 7 7 0 7 0 5 6 7 8

Table with columns: 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, LIFEへの登録, 割引. Rows include 11 訪問介護, 13 訪問看護, 21 短期入所生活介護.

以下、省略