|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種類 | 届出の種類 | 添付書類 |
| 認知症対応型通所介護 | ①職員の欠員による減算 | ※減算が解消される場合のみ添付・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）・資格証の写し　原本証明必要 |
| ②時間延長サービス体制加算 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※加算算定開始月のもの。　※時間延長の際の勤務体制がわかるように、記載例を参考に記載してください。・提出後、別途運営規程の変更が必要になります。（延長サービスを行う時間等を記載） |
| ③入浴介助加算 | ・浴室の平面図（別紙６）・浴室、浴槽の写真（Ａ４の用紙に貼り付けてください） |
| ④生活機能向上連携加算 | ・【添付書類不要】 |
| ⑤個別機能訓練加算 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※加算算定開始月のもの。　※機能訓練指導員の勤務体制がわかるように、記載例を参考に記載してください。・機能訓練指導員の資格証の写し　原本証明必要 |
| ⑥若年性認知症利用者受入加算 | 【添付書類不要】 |
| ⑦栄養改善加算 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※加算算定開始月のもの。　※管理栄養士の勤務体制がわかるように、記載例を参考に記載してください。・管理栄養士の資格証の写し　原本証明必要※外部（他の介護事業所、医療機関又は栄養ケア・ステーション）との連携により管理栄養士を確保する場合は、　　・他の介護事業所、医療機関又は栄養ケア・ステーションと取り交わした契約書等の写し　　・管理栄養士の資格証の写し原本証明必要 |
| ⑧口腔機能向上加算 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※加算算定開始月のもの。　※言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の勤務体制がわかるように、記載例を参考に記載してください。・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の資格証の写し　原本証明必要　 |
| ⑨サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ・ロ（Ⅱ） | ・サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙１２－９）・人材要件に係る算出表（参考様式２４）・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※届出日前一月のもの。　※（Ⅰ）：介護職員のみ記載し、介護福祉士の資格取得者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。　　（Ⅱ）：直接提供職員のみ記載し、勤続年数３年以上の者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。・介護福祉士の資格証の写し　原本証明必要　　※（Ⅰ）を算定する場合に必要。・実務経験証明書（参考様式２９）　※（Ⅱ）を算定する場合に必要。 |
| ⑩介護職員処遇改善加算 | 【別途通知のとおり】 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種類 | 届出の種類 | 添付書類 |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | ①職員の欠員による減算 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※減算が解消される場合のみ添付・資格証の写し　原本証明必要 |
| ②時間延長サービス体制 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※加算算定開始月のもの。　※時間延長の際の勤務体制がわかるように、記載例を参考に記載してください。・提出後、別途運営規程の変更が必要になります。（延長サービスを行う時間等を記載） |
| ③入浴介助加算 | ・浴室の平面図（別紙６）・浴室、浴槽の写真（Ａ４の用紙に貼り付けてください） |
| ④生活機能向上連携加算 | ・【添付書類不要】 |
| ⑤個別機能訓練加算 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※加算算定開始月のもの。　※機能訓練指導員の勤務体制がわかるように、記載例を参考に記載してください。・機能訓練指導員の資格証の写し　原本証明必要 |
| ⑥若年性認知症利用者受入加算 | 【添付書類不要】 |
| ⑦栄養改善加算 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※加算算定開始月のもの。　※管理栄養士の勤務体制がわかるように、記載例を参考に記載してください。・管理栄養士の資格証の写し　原本証明必要　 |
| ⑧口腔機能向上加算 | ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※加算算定開始月のもの。　※言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の勤務体制がわかるように、記載例を参考に記載してください。・言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の資格証の写し　　原本証明必要　 |
| ⑨サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ・ロ（Ⅱ） | ・サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙１２－９）・人材要件に係る算出表（参考様式２４）・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙７－２）　※届出日前一月のもの。　※（Ⅰ）：介護職員のみ記載し、介護福祉士の資格取得者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。　　（Ⅱ）：直接提供職員のみ記載し、勤続年数３年以上の者の氏名に朱書きでアンダーラインを引いてください。・介護福祉士の資格証の写し　原本証明必要　　※（Ⅰ）を算定する場合に必要。・実務経験証明書（参考様式２９）　※（Ⅱ）を算定する場合に必要。 |
| ⑩介護職員処遇改善加算 | 【別途通知のとおり】 |