〔別紙２２〕

通所型サービス体制に係る届出書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 異動等区分 | １　新規　　２　変更 |
| 事業種別 | 通所型サービス事業所 | | |
| 届出項目  加算体制「あり」とする項目に○印をしてください。 |  | | 通所型サービス |
| １ 若年性認知症利用者受入加算 | |  |
| ２ 生活機能向上グループ活動加算 | |  |
| ３ 運動器機能向上体制 | |  |
| ４ 栄養改善体制 | |  |
| ５ 口腔機能向上体制 | |  |
| ６ 事業所評価加算（申出） | |  |
| ７ 生活機能向上連携加算 | |  |

１　若年性認知症利用者受入加算

|  |  |
| --- | --- |
| 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う体制がある。 | 有　・　無 |

３　運動器機能向上体制

|  |  |
| --- | --- |
| 資格種別 | □　理学療法士　□　作業療法士　□　言語聴覚士  □　看護職員　　□　柔道整復師　□　あん摩マッサージ指圧師  ※資格者の経歴書・資格証の写し及び、加算を算定する月からの勤務予定表を添付すること。 |

４　栄養改善体制

|  |  |
| --- | --- |
| 資格種別 | □　管理栄養士  ※資格者の経歴書・資格証の写し及び、加算を算定する月からの勤務予定表を添付すること。 |

５　口腔機能向上体制

|  |  |
| --- | --- |
| 資格種別 | □　言語聴覚士　□　歯科衛生士　□　看護職員  ※資格者の経歴書・資格証の写し及び、加算を算定する月からの勤務予定表を添付すること。 |

６　事業所評価加算（申出）

|  |  |
| --- | --- |
| １ 「運動機器機能向上サービス」「栄養改善サービス」又は「口腔機能サービス」の届出を行っていること。  ２ 評価対象期間（原則として毎年１月１日から１２月３１日までの期間。ただし、初年度においては当該届出をした日から同年１２月３１日までの期間とする。）における当該指定介護予防通所介護事業所の利用実定員数が１０名以上である。 | 有　・　無  有　・　無 |

７　生活機能向上連携加算

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問リハビリステーション事業所、通所リハビリステーション事業所、リハビリテーションを実施している医療提供施設と連携した体制がある。  ※当該事業所と連携していることが分かる契約書等（協定を含む）の写しを添付すること。 | 有　・　無 |