

(別紙3-2)

業務継続計画未策定減算の記入例

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
 <地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
 令和 年 月

千代田区長 殿

所在地

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

令和7年4月からの業務継続計画策定の有無に係る届出
 の場合は、令和7年3月15日までに提出ください。

届出者	フリガナ 名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	連絡先	電話番号					FAX番号	
	法人である場合その種別			法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名			氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市						
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	連絡先	電話番号					FAX番号	
	主たる事業所の所在地以外の場所 で一部実施する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	連絡先	電話番号					FAX番号	
	管理者の氏名	(郵便番号 ー) 県 群市						
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分		異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)
	夜間対応型訪問介護	○		☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和7年4月1日	その他該当する体制等	☐ 1有	
	地域密着型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	療養通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	認知症対応型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	地域密着型特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	複合型サービス			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	介護予防認知症対応型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	介護予防認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
居宅介護支援			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有		
介護予防支援			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有		
地域密着型サービス事業所番号等								
指定を受けている市町村								
介護保険事業所番号		(指定を受けている場合)						
既に指定等を受けている事業								
医療機関コード等								
特記事項	変 更 前				変 更 後			
					業務継続計画策定の有無 基準型			
関係書類	別紙							

異動(予定)年月日は、必ず記載してください。

令和7年4月1日からの業務継続計画策定の有無に係る届出
 の場合は、令和7年4月1日以降の日付を記載します。

- 備考1 「受付番号」欄には、令和7年4月からの業務継続計画策定の有無に係る届出の場合は、「基準型」として届出がない場合、「減算型」とみなされます。これに伴い、減算せずに介護報酬を請求した場合、国保連合会の審査において返戻(エラー)となる可能性がありますので、ご注意ください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、「財団法人」「公益財団法人」「特定非営利活動法人」のいずれかを選択してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、法人の所在地を記載してください。
- 4 「実施事業」欄には、実施する事業の種類を記載してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□に■をしてください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙3-2)

身体拘束廃止未実施減算の記入例

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
 <地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
 令和 年 月

千代田区長 殿

所在地

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

令和7年4月からの身体拘束廃止取組の有無に係る届出
 の場合は、令和7年3月15日までにご提出ください。

届出者	フリガナ 名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	連絡先	電話番号					FAX番号	
	法人である場合その種別			法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名			氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市						
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	連絡先	電話番号					FAX番号	
	主たる事業所の所在地以外の場所 で一部実施する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	連絡先	電話番号					FAX番号	
	管理者の氏名							
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分		異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)
	夜間対応型訪問介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	地域密着型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	療養通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	認知症対応型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	小規模多機能型居宅介護	○		☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和7年4月1日	その他該当する体制等	☐ 1有	
	認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	地域密着型特定施設入居者生活介護						1有	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						1有	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護						1有	
	複合型サービス						1有	
	介護予防認知症対応型通所介護						1有	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	介護予防認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
居宅介護支援			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了					
介護予防支援			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了					
地域密着型サービス事業所番号等								
指定を受けている市町村								
介護保険事業所番号		(指定を受けている場合)						
既に指定等を受けている事業								
医療機関コード等								
特記事項	変 更 前				変 更 後			
					身体拘束廃止取組の有無 基準型			
関係書類	別							

異動(予定)年月日は、必ず記載してください。

令和7年4月1日からの身体拘束廃止取組の有無に係る届出
 の場合は、令和7年4月1日以降の日付を記載します。

- 備考1 ★令和7年4月からの身体拘束廃止取組の有無に係る届出の場合は、「基準型」として届出がない場合、「減算型」とみなされます。これに伴い、減算せずに介護報酬を請求した場合、国保連合会の審査において返戻(エラー)となる可能性がありますので、ご注意ください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、「財団法人」「公益法人」「特定非営利活動法人」のいずれかを選択してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、法人の所在地を記載してください。
- 4 「実施事業」欄には、実施する事業の種類を記載してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等がある場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。