

業務継続計画未策定減算の記入例

受付番号

令和 年 月

名称

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日までにご提出ください。

事業所所在地市町村番号

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 法人の種別	電話番号			FAX番号		
	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・施設 の状況	主たる事業所・施設の 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・施設 の種類	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定（許可） 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）	
	訪問型サービス（独自）	○		☐ 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	
	訪問型サービス（独自・定率）			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。			
	訪問型サービス（独自・定額）						
	通所型サービス（独自）						
	通所型サービス（独自・定率）			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
	通所型サービス（独自・定額）			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護保険事業所番号							
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		別添のとおり					

備考1 「受付番号」「事業所所
2 「法人の種別」欄は、申
「株式会社」「有限会社」
3 「法人所轄庁」欄は、申
4 「実施事業」欄は、該当
5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目
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で一部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。

★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。