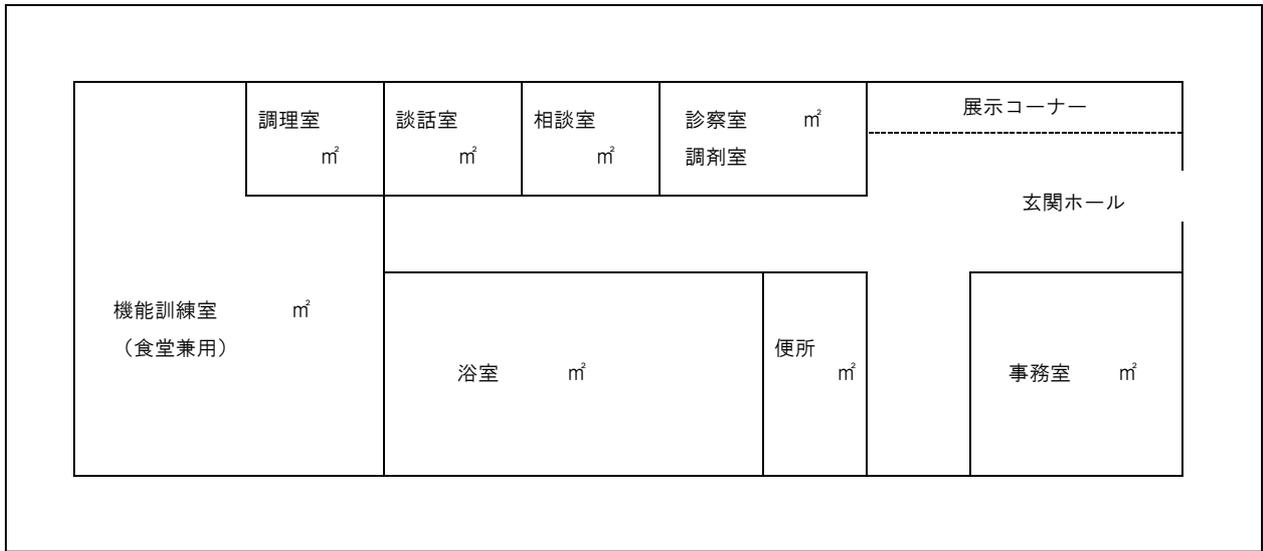


(別紙6)

平面図

事業所・施設の名称		「該当する体制等 ー	」
-----------	--	------------	---



- 備考1 届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。
2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書

事業所名

事業所番号

1. 判定期間 (※)

令和 年度 前期 後期

(※) なお、令和6年度については、前期の判定期間を4月1日から9月30日、減算適用期間を11月1日から3月31日までとし、後期の判定期間を10月1日から2月末日、減算適用期間を令和7年度の4月1日から9月30日までとするため、以下の「2. 判定結果」ア、イについては、適宜判定期間を修正の上、ご使用ください。

2. 判定結果

非該当 該当

ア. 前期

	①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数 (要支援者は含めない)	②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数 (※1)
3 月	人	人
4 月	人	人
5 月	人	人
6 月	人	人
7 月	人	人
8 月	人	人
合計	人	人

③割合 (②÷①) %

④90%以上である場合の理由(※2より該当する番号を記入)

イ. 後期

	①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数 (要支援者は含めない)	②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数 (※1)
9 月	人	人
10 月	人	人
11 月	人	人
12 月	人	人
1 月	人	人
2 月	人	人
合計	人	人

③割合 (②÷①)		%
--------------	--	---

④90%以上である場合の理由(※2より該当する番号を記入)	
-------------------------------	--

(※1) 同一の建物に20人以上居住する建物(同一敷地内建物等を除く)に居住する者及び同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する者へ提供する場合を除く

(※2) 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について(平成12年3月1日老企第36号)(抄)」(以下、「留意事項通知」という。)第2の2(16)⑥二等に規定する以下のa~cのいずれか、若しくは、d「いずれにも該当しない」から当てはまるものを選択すること。
 なお、a~cに該当する場合は、それぞれ要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

a: 特別地域訪問介護加算を受けている事業所である場合

b: 判定期間の一月当たりの延べ訪問回数が二百回以下であるなど事業所が小規模である場合

c: その他正当な理由と都道府県知事が認めた場合

備考

- ・本資料は同一建物減算に係る算定手続きを補完する資料としてご使用ください。
- ・「1. 判定期間」については、該当する期間を選択してください。
- ・「2. 判定結果」については、アまたはイの算定結果を元を選択してください。
- ・具体的な計算方法については、留意事項通知第2の2(16)⑥ロをご参照ください。

1 事業所名																															
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了																														
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション) <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 訪問リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5 (介護予防) 短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所																														
4 歯科医療機関との連携の状況	<p>1. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table> <p>2. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table> <p>3. 連携歯科医療機関</p> <table border="1"><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table>	歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号	
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															
歯科医療機関名																															
所在地																															
歯科医師名																															
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																														
連絡先電話番号																															

注1 「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。

注2 「連携歯科医療機関」は1つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。

注3 「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。

※ 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

実務経験証明書

令和 年 月 日

鹿児島市長

法人名

法人代表者名

下記の者の当法人における実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

No.	従業者氏名	生年月日	施設又は事業所名	サービス名	業務内容	業務期間	通算年数	上記のうち業務に従事した日数
1						～	年 カ月	日
2						～	年 カ月	日
3						～	年 カ月	日
4						～	年 カ月	日
5						～	年 カ月	日
6						～	年 カ月	日
7						～	年 カ月	日
8						～	年 カ月	日
9						～	年 カ月	日
10						～	年 カ月	日
11						～	年 カ月	日
12						～	年 カ月	日
13						～	年 カ月	日
14						～	年 カ月	日
15						～	年 カ月	日
16						～	年 カ月	日
17						～	年 カ月	日
18						～	年 カ月	日
19						～	年 カ月	日
⑧ 同						～	年 カ月	日

- 注1 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいいます。
具体的には、平成28年4月における勤続年数3年以上の者とは、平成28年3月31日時点で勤続年数が3年以上である者をいいます。
- 注2 同一法人の複数の事業所の勤続年数を合算する場合、二段書き等に対応してください。
- 注3 「サービス名」は具体的に通所介護、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の介護サービス名を記載してください。
- 注4 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来の業務について、具体的に生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員等を記載してください。
- 注5 「業務期間」欄は、実務経験被証明者がサービスを利用者に直接提供していた期間を記入してください。
(管理者、事務・経理、送迎運転等は含まれません。)

※上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には、内容の確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、あらかじめご承知下さい。