

身体拘束廃止未実施減算のみの記入例

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 7 年 3 月 〇 日

米子市長 殿

(介護予防)小規模多機能型居宅介護(短期利用含む)
看護小規模多機能型居宅介護(短期利用含む)
短期利用(介護予防)認知症対応型共同生活介護は
令和7年4月1日【必着】までに提出してください。

所在地 鳥取県米子市△△△×丁目×番×号
〇〇〇ビル2階
名称 株式会社〇〇〇

このこと

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ〇〇〇 株式会社〇〇〇						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 683 - ×××△) 鳥取県 米子市 △△△ ×丁目×番×号 (ビルの名称等) 〇〇〇ビル2階						
	連絡先	電話番号	××-××××-〇〇〇〇		FAX番号	××-××××-〇〇〇△		
	法人である場合その種別	株式会社		法人所轄庁				
事業所の状況	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名	×× ××		
	代表者の住所	(郵便番号 683 - ×××△) 鳥取県 米子市 △△△ 〇丁目×番×号 〇〇マンション ×××号室						
	事業所・施設の名称	ショウキボタキノウ〇〇ケアサービス 小規模多機能〇〇ケアサービス						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 683 - ××××) 鳥取県 米子市 〇〇 △丁目△番△△号 〇〇〇ビル 1 階						
届出を行う事業所の状況	連絡先	電話番号	××-××××-××××		FAX番号	××-××××-×××〇		
	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 -) 県 群市						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	管理者の氏名	〇〇 〇〇						
地域密着型サービス	管理者の住所	(郵便番号 ××× - ××××) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 ×丁目×番××号 ハイツ×× 〇〇〇号室						
	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種類(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	○	令和〇年〇月1日	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり		☐ 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居者生活介護			☐ 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	○	令和〇年〇月1日	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり		☐ 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	1 3 × × × × × × × × × ×							
指定を受けている市町村	米子市							
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				
	事業所番号は必ず忘れずに記入してください。			身体拘束廃止未実施減算 基準型				
関係書類	別添のとおり							

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
2 「法人である場合その種別」欄は、申請者「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の
3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人（
4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を
5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う
6 「異動項目」欄には、(別紙1-1-2、1-2-2、1-3-2)「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。
- 令和7年4月からの身体拘束廃止未実施減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。
他の加算の変更も同時に届け出る場合は、変更前・後に該当加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。

業務継続計画未策定減算

のみの記入例(地域密着型)

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 7 年 3 月 〇 日

米子市長 殿

令和7年4月 1日【必着】までに
提出してください。

所在地 鳥取県米子市△△△×丁目×番×号
 〇〇〇ビル3階
 名称 株式会社〇〇〇

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ます。

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ〇〇〇 株式会社〇〇〇							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 683 - ×××△) 鳥取県 米子市 △△△ ×丁目×番×号 (ビルの名称等) 〇〇〇ビル3階							
	連絡先	電話番号	××-××××-〇〇〇〇			FAX番号	××-××××-〇〇〇△		
	法人である場合その種別	株式会社		法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役			氏名	×× ××		
	代表者の住所	(郵便番号 683 - ××△△) 鳥取県 米子市 △△△ 〇丁目×番×号 〇〇マンション ×××号室							
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	〇〇〇ハウモンカイゴサービス 〇〇〇訪問介護サービス							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 683 - ××××) 鳥取県 米子市 〇〇 △丁目△番△△△号 〇〇〇ビル 1階							
	連絡先	電話番号	××-××××-××××			FAX番号	××-××××-×××〇		
	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 -) 県 群市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	管理者の氏名	〇〇 〇〇							
届出を行う事業所の状況	管理者の住所	(郵便番号 ××× - ××××) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 ×丁目×番×号 ハイツ×× 〇〇〇号室							
	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)	市町村が定める事業の名称 (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			☐ 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居者生活介護			☐ 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	○	令和〇年〇月1日	☐ 1新規	☒ 2変更	☐ 3終了	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり	☐ 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		1 3 × × × × × × × × × ×							
指定を受けている市町村		米子市							
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				
	事業所番号は必ず忘れずに記入してください。				業務継続計画未策定減算 基準型				
関係書類		別添のとおり							

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人（
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-1-2、1-2-2、1-3-2)「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。

令和7年4月からの業務継続計画未策定減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。

他の加算の変更も同時に届け出る場合は、変更前・後に該当加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。

業務継続計画未策定減算 **のみの記入例(総合事業)**

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和 7 年 3 月 〇 日

所在地 鳥取県米子市△△△×丁目×番×号
○○○ビル3階
名称 株式会社○○○

令和7年4月 1日【必着】までに
提出してください。

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ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ〇〇〇 株式会社〇〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 683 - ×××△) 鳥取県 米子市 △△△ ×丁目×番×号 (ビルの名称等) 〇〇〇ビル3階				
	連絡先	電話番号	××-××××-〇〇〇〇	FAX番号	××-××××-〇〇〇△	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁			
代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	×× ××		
	代表者の住所	(郵便番号 683 - ××△△) 鳥取県 米子市 △△△ 〇丁目×番×号 〇〇マンション ×××号室				
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 683 - ××××) 鳥取県 米子市 〇〇 △丁目△番△△△号 〇〇〇ビル 1階				
	連絡先	電話番号	××-××××-××××	FAX番号	××-××××-×××〇	
	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 -) 県 群市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	〇〇 〇〇				
	管理者の住所	(郵便番号 ××× - ××××) 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 ×丁目×番×号 ハイツ×× 〇〇〇号室				
届出を行う事業所・施設の種類の	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)	○	令和〇年〇月1日	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり
介護保険事業所番号		1 × × × × × × × × × × × ×				
特記事項	変 更 前			変 更 後		
				業務継続計画未策定減算 基準型		
関係書類		別添のとおり				

備考1

事業所番号は必ず忘れずに記入してください。

令和7年4月からの業務継続計画未策定減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。

2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、**は、例を参考に記入してください。**
「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。他の加算の変更も同時に届け出る場合は、変更前・後に該当加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人（NPO等）
4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入して
5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所につ
6 「異動項目」欄には、（別紙1-4-2）「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。