**加算届連絡票（令和6年度報酬改定用）**

(**太線枠内に必要事項を記載して加算届と一緒に提出してください**)

サービス □介護予防通所介護相当サービス　　□介護予防訪問介護相当サービス

　　　　　□地域密着型サービス（サービス名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名

事業所番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 事業所番号 | | | | 2 | 7 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | | | |
| 事業所名 | |  | | | | | 連絡先 |  | TEL ( ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 | |  | | | | |  | FAX ( ) | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス名 | |  | □介護予防通所介護相当サービス  □介護予防訪問介護相当サービス  □地域密着型サービス（サービス名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※該当項目にレ点を入れてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ●チェックリスト（当てはまる項目のチェック欄にレ点を入れてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区　　分 | | | |  | 内　　　　　　　容 | | | | | | | | | | | | | | ﾁｪｯｸ | | | | | | |
| 加算項目 | | | |  | 算定する加算項目について、算定要件を満たすことを確認しましたか。 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | | | |
| 変更届出書 | | | |  | 法人の代表者名・届出年月日を記載していますか。 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | | | |
| 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(改定用) | | | |  | 届出の必要な加算項目の該当箇所を○で囲んでいますか。  ※地域密着型サービスは、介護予防についても変更がある場合は届出が必要です。 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | | | |
| 誓約書 | | | |  | 法人の代表者名を記載していますか。 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | | | |
| 添付書類 | | | |  | 今回新規追加・要件見直しがあった加算**以外**の加算を算定する場合は、従来の必要添付書類を添付していますか。 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | | | |
| 提出先 | | | |  | 提出先は間違いないですか。  〒５８３－８５８３　藤井寺市岡１丁目１番１号  藤井寺市　健康福祉部　高齢介護課　サービス担当 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | | | |
| 控え書類 | | | |  | 届出書類をコピーして控えとして保管していますか。 | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | | | |
| 返信用**定形封筒(84円切手貼付)** | | | |  | 届出を収受した記録を希望する場合（審査処理後、収受印を押印した加算届受付票をお送りします。） | | | | | | | | | | | | | | □ | | | | | | |
|  | 補正の有無　（　有・無　） (補正内容)  提出期限　　　 月　　日　　①体制一覧の記載漏れ  処理完了　　　 月　 日　　②添付書類なし  　　　　　　　　　　　　　 ③その他（　　　　　　　　　　　　　　）  受　付　印  ※加算届を受付した場合、希望により下記の受付票を返信用定型封筒に入れ返送します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | **加算届受付票（令和6年度報酬改定用）**  （太線枠内に必要事項を記載してください）    受　付　印  受付番号    上記サービスの加算届を受付けました。  　【通信欄】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 内　　　　　　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |