特別地域加算　チェック表

事業所番号：　　**事業所名：**

サービス種類：介護予防訪問介護相当サービス

項目（算定要件）	適否
〔貴事業所の所在地住所を記入してください。〕	
貴事業所の所在地住所は、平成24年厚生労働省告示第120号の「厚生労働大臣が定める地域」内ですか。	はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。	はい・いいえ

提出書類	チェック
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）	□
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）	□

中山間地域等における小規模事業所に対する加算　チェック表

事業所番号　：　　事業所名

サービス種類　：　介護予防訪問介護相当サービス

項目（算定要件）	適否
〔貴事業所の所在地住所を記入してください。〕	
貴事業所の所在地住所は、平成21年厚生労働省告示第83号の「厚生労働大臣が定める地域」内ですか。	はい・いいえ
〔貴事業所の前年度の月ごとの実利用人数を記入してください。〕	

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計（A）	月平均（B）（A）÷11
予防													
総合事業													

貴事業所の前年度（3月を除く）の一月あたりの実利用者数（上記(B)欄）は5名以下ですか。	はい・いいえ
◆貴事業所の前年度の実績が6か月未満の場合◆ 〔貴事業所の直近の三月における月ごとの実利用人数を記入してください。〕	

	月	月	月	合計（A）	月平均（B）（A）÷3
予防					
総合事業					

貴事業所の直近の三月における一月あたりの実利用者数（上記(B)欄）は5名以下ですか。	はい・いいえ
当該加算を算定するにあたり、介護報酬に関する基準及び解釈通知等の内容を理解し、当該通知内容に沿った加算サービスの提供を行いますか。 ※当該加算要件を満たさないことが明らかになった場合は速やかに加算の届出の取り下げを行うこと。	はい・いいえ

提出書類	チェック
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）	□
介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）	□