

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

Table with 3 columns: Month, 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). Rows for months 3-8 and a total row.

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

Table with 3 columns: Month, 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). Rows for months 9-2 and a total row.

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)」(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。

・指定相当訪問型サービス事業所が本様式を利用する場合には、「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)」を「①判定期間に指定相当訪問型サービスを提供した利用者の総数」に読み替えてください。なお、この場合の利用者には、一体的に提供している指定訪問介護の利用者は含まれません。

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 <input type="checkbox"/> 7 訪問型サービス事業所																															
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" data-bbox="459 835 1259 1113"> <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" data-bbox="459 1182 1259 1460"> <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" data-bbox="459 1529 1259 1807"> <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。

市町村長 殿

事業所・施設名

介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問型サービス（独自）	%	
	%	
	%	
訪問型サービス（独自／定率）	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自）	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自／定率）	%	
	%	
	%	
その他サービス（配食／定率）	%	
	%	
	%	
その他サービス（見守り／定率）	%	
	%	
	%	
その他サービス（その他／定率）	%	
	%	
	%	

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 _____年 ____月 ____日