（様式１９－１）

平成　　年　　月　　日

サービス提供体制強化加算に関する届出書（（介護予防）認知症対応型共同生活介護）

1	事業所名	
2	異動区分	1　新規　　2　変更　　3　終了
3	届出項目	①　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ　②　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ ③　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）　④　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

4	介護福祉士等の状況	①	介護職員の総数（常勤換算）	人		有 ・ 無
		②	①のうち介護福祉士の総数（常勤換算）	人	→　①に占める②の割合　%	
5	常勤職員の状況	①	看護・介護職員の総数	人		有 ・ 無
		②	①のうち常勤の者の総数	人	→　①に占める②の割合　%	
6	勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する者の総数	人		有 ・ 無
		②	①のうち勤続年数３年以上の者の総数	人	→　①に占める②の割合　%	

※各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。