

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護各種加算体制届出書

事業所名	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

※該当する加算のみ記入してください

個別機能訓練体制	機能訓練指導員の配置状況	
	(氏名)	(資格)
	共同して計画作成及び評価等を行う者の職種	
	(職種)	

若年性認知症利用者受入体制	※要件を満たす場合に☑してください
	<input type="checkbox"/> 職員の欠員・研修の未受講はない
	<input type="checkbox"/> 受け入れた若年性認知症利用者ごとに担当者を定めている
	<input type="checkbox"/> 受け入れた若年性認知症利用者の特性に応じたサービス提供をおこなうこととしている。
	<input type="checkbox"/> 当該加算について、運営規程や重要事項説明書等に記載
	<input type="checkbox"/> 利用者・利用者家族からの同意を得ている

常勤専従医師配置	常勤専従医師の配置状況	
	(氏名)	(資格)

精神科医師定期的診療指導	精神科医師	
	(氏名)	(資格)
	認知症入所者の割合	%(年 月 日時点)
	療養指導の回数	(ひと月) 回

障害者生活支援体制	障害者生活支援員(常勤専従)の配置状況	
	(氏名)	(資格)
	障害者の入所者数	人(年 月 日時点)

※当該職員の資格証の写し1部と当該事業所で使用される計画書を1部添付してください。

※加算を算定する月からの4週分の勤務表の添付してください。

※雇用契約書の写しを添付してください。

※計画、記録、評価が必要なものについては、それぞれの様式を添付してください。

※必要に応じ行を追加してください