（様式２３－６）中重度者ケア体制加算要件確認表（地域密着型通所介護）

事業所名	

（1）前年度の実績を用いる場合

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	利用実人員合計	うち要介護3・4・5の利用実人員合計	割合(%)
記載例	40	50	60	30	30	210	120	57%
4月						0	0	#DIV/0!
5月						0	0	#DIV/0!
6月						0	0	#DIV/0!
7月						0	0	#DIV/0!
8月						0	0	#DIV/0!
9月						0	0	#DIV/0!
10月						0	0	#DIV/0!
11月						0	0	#DIV/0!
12月						0	0	#DIV/0!
1月						0	0	#DIV/0!
2月						0	0	#DIV/0!

※利用者の実人数又は延人数を用いて計算してください。

合計（A）		#DIV/0!
実績のある月数		
平均（A）/実績月数		#DIV/0!
加算要件		30%以上
判定	#DIV/0!	

（2）直近3ヶ月の実績を用いる場合

※前年度の実績が6月に満たない事業所は，こちらに記載してください。

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	利用実人員合計	うち要介護3・4・5の利用実人員合計	割合
月						0	0	#DIV/0!
月						0	0	#DIV/0!
月						0	0	#DIV/0!

※利用者の実人数又は延人数を用いて計算してください。

※届出を行った月以降においても，毎月割合を記録し，所定の割合を下回った場合には，速やかにその旨を届出てください。

合計（A）		#DIV/0!
平均（A）/3		#DIV/0!
加算要件		30%以上
判定	#DIV/0!	