

(地域密着型) 業務継続計画未策定減算のみの記入例

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞
令和 7 年 3 月 14 日

(宛先) 綾瀬市長 殿

所在地(住所) 神奈川県綾瀬市△△△×丁目×番×号
申請者名称 株式会社○○○
代表者役職・氏名 代表取締役 ×× ××

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ	カブシキガイシャ○○○							
	名称	株式会社○○○							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 252 - ×××△) 神奈川県 綾瀬市 △△△ ×丁目×番×号							
	連絡先	電話番号	××××-××-○○○○			FAX番号	××××-××-○○○△		
	法人である場合その種別	株式会社			法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役			氏名	×× ××		
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 252 - ×××△) 神奈川県 綾瀬市 △△△ ○丁目×番×号							
	フリガナ	○○カイゴサービス							
	事業所・施設の名称	○○介護サービス							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 252 - ×××△) 神奈川県 綾瀬市 △△△ ×丁目×番×号							
	連絡先	電話番号	××××-××-○○○○			FAX番号	××××-××-○○○△		
	主たる事業所の所在地以外の場所 で一部実施する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 -)							
届出を行う事業所の状況	連絡先	電話番号				FAX番号			
	管理者の氏名	○○ ○○							
	管理者の住所	(郵便番号 252 - ×△△△) 神奈川県 綾瀬市 ○○○ ×丁目×番×号							
	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分		異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)	
	夜間対応型訪問介護	○	2024/4/1	☐ 1新規	☒ 2変更	☐ 3終了	2025/4/1	下記特記事項のとおり	☐ 1有
	地域密着型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
	療養通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
	認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
	小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
	認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
	地域密着型特定施設入居者生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○	2024/4/1	☐ 1新規	☒ 2変更	☐ 3終了	2025/4/1	下記特記事項のとおり	☐ 1有
	複合型サービス			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
介護予防認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
介護予防小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
介護予防認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
居宅介護支援			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了				
介護予防支援			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了				
地域密着型サービス事業所番号等		1 4 × × × × × × × × × ×							
指定を受けている市町村									
介護保険事業所番号		(指定を受けている場合)							
既に指定等を受けている事業									
医療機関コード等									
特記事項	変 更 前			変 更 後					
				業務継続計画未策定減算 基準型					
関係書類		別添のとおり							

- 備考1 「受付番
2 「法人で
「財団法人
3 「法人所
4 「実施事
5 「異動等
6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
8 「主たる事業所の所在地以外の場合で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。
- 令和7年4月1日からの業務継続計画未策定減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。
令和7年4月1日付で他の加算を同時に届け出る場合は、変更前後に該当加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。

(総合事業) 業務継続計画未策定減算のみの記入例

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 7 年 3 月 14 日

(宛先) 綾瀬市長 殿

所在地(住所) 神奈川県綾瀬市△△△×丁目×番×号
申請者名称 株式会社○○○
代表者役職・氏名 代表取締役 ×× ××

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ	カブシキガイシャ○○○																				
	名称	株式会社○○○																				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 252 - ×××△) 神奈川県 綾瀬市 △△△ ×丁目×番×号 (ビルの名称等)																				
	連絡先	電話番号	××××-××-○○○○			FAX番号	××××-××-○○○△															
	法人の種別	株式会社		法人所轄庁																		
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名	×× ××																
事業所・施設の状況	フリガナ	○○カイゴサービス																				
	事業所・施設の名称	○○介護サービス																				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 252 - ×××△) 神奈川県 綾瀬市 △△△ ×丁目×番×号																				
	連絡先	電話番号	××××-××-○○○○			FAX番号	××××-××-○○○△															
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 -)																				
	連絡先	電話番号				FAX番号																
届出を行う事業所・施設の種類の種類	管理者の氏名	○○ ○○																				
	管理者の住所	(郵便番号 252 - ×△△△) 神奈川県 綾瀬市 ○○○ ×丁目×番×号																				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分		異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)															
	訪問型サービス(独自)	○	R6.4.1	□ 1新規 ■ 2変更 □ 3終了		R7.4.1	下記特記事項のとおり															
	訪問型サービス(独自・定率)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了																		
	訪問型サービス(独自・定額)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了																		
介護保険事業所番号	1	4	×	×	×	×	×	×	×	×	×											
	変更前											変更後										
												業務継続計画未策定減算 基準型										
関係書類	別添の書類																					

- 備考1 「受付番号」 令和7年4月1日からの業務継続計画未策定減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。
- 2 「法人の種別」「営利法人」等 令和7年4月1日付で他の加算を同時に届け出る場合は、変更前後に該当加算名を記入し、「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。
- 3 「法人所轄庁」
- 4 「実施事業」欄は、「取組する欄に○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
- 6 「異動項目」欄には、「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

身体拘束廃止未実施減算のみの記入例

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
 ＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞
 令和 7 年 3 月 14 日

（宛先） 綾瀬市長 殿

所在地（住所） 神奈川県綾瀬市△△△×丁目×番×号
 申請者名称 株式会社○○○
 代表者役職・氏名 代表取締役 ×× ××

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ	カブシキガイシャ○○○						
	名称	株式会社○○○						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 252 - ×××△) 神奈川県 綾瀬市 △△△ ×丁目×番×号						
	連絡先	電話番号	××××-××-○○○○		FAX番号	××××-××-○○○△		
	法人である場合その種別	株式会社		法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名	×× ××		
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 252 - ×××△) 神奈川県 綾瀬市 △△△ ○丁目×番×号						
	フリガナ	○○カイゴサービス						
	事業所・施設の名称	○○介護サービス						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 252 - ×××△) 神奈川県 綾瀬市 △△△ ×丁目×番×号						
	連絡先	電話番号	××××-××-○○○○		FAX番号	××××-××-○○○△		
	主たる事業所の所在地以外の場所 で一部実施する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 -)						
届出を行う事業所の状況	連絡先	電話番号			FAX番号			
	管理者の氏名	○○ ○○						
	管理者の住所	(郵便番号 252 - ×△△△) 神奈川県 綾瀬市 ○○○ ×丁目×番×号						
	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分		異動（予定） 年月日	異動項目 （※変更の場合）	市町村が定める単位の有無 （市町村記載）
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		地域密着型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		療養通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		認知症対応型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		小規模多機能型居宅介護	○	2024/4/1	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	2025/4/1	下記特記事項のとおり	☐ 1有
		認知症対応型共同生活介護	○	2024/4/1	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	2025/4/1	下記特記事項のとおり	☐ 1有
		地域密着型小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		定期巡回・随時対応型訪問介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		複合型サービス	○	2024/4/1	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	2025/4/1	下記特記事項のとおり	☐ 1有
介護予防認知症対応型通所介護				☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
介護予防小規模多機能型居宅介護				☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
介護予防認知症対応型共同生活介護				☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
居宅介護支援			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了					
介護予防支援			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了					
地域密着型サービス事業所番号等	1 4 × × × × × × × × × ×							
指定を受けている市町村								
介護保険事業所番号	(指定を受けている場合)							
既に指定等を受けている事業								
医療機関コード等								
特記事項	変 更 前				変 更 後			
					身体拘束廃止未実施減算 基準型			
関係書類	別添のとおり							

令和7年4月1日からの身体拘束廃止未実施減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。

- 備考1 「受付番号」欄には、受付番号を記入してください。
- 2 「法人で」欄には、法人の種類を記入してください。
- 3 「財団法人」欄には、財団法人の名称を記入してください。
- 4 「法人所」欄には、法人の住所を記入してください。
- 5 「実施事業」欄には、実施事業の種類を記入してください。
- 6 「異動等」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 7 「異動項目」欄には、（別紙1～3）「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目（施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引）を記載してください。
- 8 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 9 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。