

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る加算届添付書類確認表

事業所または施設名 _____

サービスの種類	種別	提出書類	備 考	チェック
第1号訪問事業 (訪問型サービス)	①口腔連携強化加算	届出書	医療機関との連携がわかるもの	☐
	②割引	体制一覧表		☐
	③介護職員等処遇改善加算	道に提出したもの	コピー不可	☐
第2号通所事業 (通所型サービス)	④栄養アセスメント・栄養改善体制	体制一覧表 資格証の写し	管理栄養士の資格証の写し。または、委託の場合は委託契約書及び委託先の管理栄養士の資格証の写し	☐
	⑤口腔機能向上加算	体制一覧表 資格証の写し	言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の資格証の写し	☐
	⑥一体的サービス提供加算	体制一覧表 資格証の写し	④及び⑤までの資格証の写し※⑤又は⑥を算定している場合は算定不可	☐
	⑦サービス提供体制強化加算	届出書	資格者証の写し 勤続年数がわかるもの	☐
	⑧割引	届出書 体制一覧表		☐
	⑨介護職員等処遇改善加算	道に提出したもの	コピー不可	☐

※必要書類を揃えた上、本表添えて提出してください。