

記載例

この進達書は「介護予防認知デイ・介護予防小多機・介護予防グループホーム」を除く介護サービスごと、及び異動日ごとに1枚必要となります。

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書

<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>

2026年 4月

東京都 知事 殿

このことにより、事業者から届出がありました。

「県」や「郡市」は正しく修正してください。

進達書下の備考欄3を参照してください。

進達書下の備考欄2を参照してください。

届出者	フリガナ 名称	〇〇〇〇					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇 県 〇〇 群市					
	連絡先	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	法人である場合その種別	株式会社	法人所轄庁				
事業者	代表者の職・氏名	職名 代表取締役	氏名 〇〇 〇〇				
	代表者の住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇 都 〇〇 市 〇〇〇〇					
	フリガナ 事業所	△△△△					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) △△ 都 △△ 市 △△△△					
事業所の状況	連絡先	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	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	県 群市					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
	管理者の氏名	△△ △△					
届出を行う事業所の状況	管理者の住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇) △△ 都 △△ 市 △△△△					
	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 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
				地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
				療養通所介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
		〇	2020年4月1日	認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	2026年4月1日		<input type="checkbox"/> 1有
				小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有
				認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
				地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
				地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
				定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
				複合型サービス <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
		〇	2020年4月1日	介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	2026年4月1日		<input type="checkbox"/> 1有
			介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有	
			介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有	
			居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
			介護予防支援 <input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
	地域密着型サービス事業所番号等	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					
	指定を受けている市町村	町田市					
	介護保険事業所番号	0 0					
	既に指定等を受けている事業	今回の申請で変更する加算項目の変更前を記入してください					
	医療機関コード等	今回の申請で変更する加算項目の変更後を記入してください					
特記事項	変更前	(例1) 介護職員等処遇改善加算 加算Ⅳ (例2)					
	変更後	(例1) 介護職員等処遇改善加算 加算Ⅲ (例2) 介護職員等処遇改善加算 あり					
	関係書類	別添のとおり					

届出者は「法人」になります。

最初の指定年月日を記入してください。

今回の異動年月日を記入してください。

今回の申請で変更する加算項目の変更前を記入してください

今回の申請で変更する加算項目の変更後を記入してください

例2は居宅介護支援・介護予防支援の新規で取得する場合があります。

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「〇」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について該当する数字の横の口を■にしてください。
- 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。

(別紙50)

# 記載例

この届出書は「介護予防認知デイ・介護予防小多機・介護予防グループホーム」を除く介護サービスごと、及び異動日ごとに1枚必要となります。

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

2026年 4月

町田市長 様

所在地 ○○都○○市○○○

名称 ○○○○

このこと進達書下の備考欄2を参照してください。

「県」や「郡市」は正しく修正してください。

進達書下の備考欄3を参照してください。

届出者	フリガナ 名称	○○○○		○○○○		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 000 - 0000 ) ○○ 県 ○○ 群市		○○○○		
	連絡先 法人の種別	電話番号	000-000-0000	FAX番号	000-000-0000	
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	○○ ○○	
事業所・施設の状況	代表者の住所	(郵便番号 000 - 0000 ) ○○ 県 ○○ 群市		○○○○		
	フリガナ 事業所名称	△△△△		△△△△		
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 000 - 0000 ) △△ 県 △△ 群市		△△△△		
	連絡先 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	電話番号	000-000-0000	FAX番号	000-000-0000	
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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)	○	2013年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	2026年4月1日	
	訪問型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防ケアマネジメント			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
特記事項	介護保険事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0				
	変更前	(例) 介護職員等処遇改善加算 加算Ⅳ		変更後 (例) 介護職員等処遇改善加算 加算Ⅲ		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」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、(別紙1-4)「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。