高松市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

（趣旨）

第１条　この要綱は、介護保険法（平成９年法律第１２３号。以下「法」という。）第１１５条の４５第１項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の実施について、法、介護保険法施行規則（平成１１年厚生省令第３６号。以下「省令」という。）及び地域支援事業の実施について（平成１８年６月９日老発第０６０９００１号厚生労働省老健局長通知）別紙の地域支援事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第２条　この要綱における用語の意義は、法、省令及び実施要綱の例による。

（事業の内容）

第３条　市長は、総合事業として、次の事業を行うものとする。

（１）　介護予防・生活支援サービス事業

ア　訪問型サービス

（ア）　介護予防訪問介護相当サービス（第１号訪問事業のうち、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成２６年法律第８３号）第５条の規定による改正前の法（以下「平成２６年改正前法」という。）第８条の２第２項に規定する介護予防訪問介護に相当するサービスをいう。以下同じ。）

（イ）　共生型訪問型サービス（第１号訪問事業のうち、指定障害福祉サービス事業者が緩和した基準により実施するサービスをいう。以下同じ。）

（ウ）　訪問型サービスＡ（第１号訪問事業のうち、緩和した基準により実施するサービスをいう。以下同じ。）

（エ）　訪問型サービスＢ（第１号訪問事業のうち、住民が主体となって提供するサービスをいう。以下同じ。）

（オ）　訪問型サービスＣ（第１号訪問事業のうち、保健・医療の専門職が提供するサービスであって、短期間において集中的に行うものをい

う。以下同じ。）

イ　通所型サービス

（ア）　介護予防通所介護相当サービス（第１号通所事業のうち、平成２６年改正前法第８条の２第７項に規定する介護予防通所介護に相当するサービスをいう。以下同じ。）

（イ）　共生型通所型サービス（第１号通所事業のうち、指定障害福祉サービス事業者が緩和した基準により実施するサービスをいう。以下同じ。）

（ウ）　通所型サービスＡ（第１号通所事業のうち、緩和した基準により実施するサービスをいう。以下同じ。）

（エ）　通所型サービスＢ（第１号通所事業のうち、住民が主体となって提供するサービスをいう。以下同じ。）

（オ）　通所型サービスＣ（第１号通所事業のうち、保健・医療の専門職が提供するサービスであって、短期間において集中的に行うものをいう。以下同じ。）

ウ　介護予防ケアマネジメント（法第１１５条の４５第１項第１号ニに規定する第１号介護予防支援事業をいう。以下同じ。）

（２）　一般介護予防事業

ア　介護予防把握事業

イ　介護予防普及啓発事業

ウ　地域介護予防活動支援事業

エ　一般介護予防事業評価事業

オ　地域リハビリテーション活動支援事業

（総合事業の実施方法）

第４条　総合事業の実施方法は、次のとおりとする。

（１）　介護予防訪問介護相当サービス　事業者指定による実施

（２）　共生型訪問型サービス　事業者指定による実施

（３）　訪問型サービスＡ　事業者指定による実施

（４）　訪問型サービスＢ　補助による実施

（５）　訪問型サービスＣ　直接又は委託による実施

（６）　介護予防通所介護相当サービス　事業者指定による実施

（７）　共生型通所型サービス　事業者指定による実施

（８）　通所型サービスＡ　事業者指定による実施

（９）　通所型サービスＢ　補助による実施

（10）　通所型サービスＣ　事業者指定による実施

（11）　介護予防ケアマネジメント　直接又は委託による実施

（12）　一般介護予防事業　直接又は委託による実施

（介護予防・生活支援サービス事業の対象者）

第５条　介護予防・生活支援サービス事業の対象者は、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

（１）　居宅要支援被保険者

（２）　事業対象者（介護保険法施行規則第１４０条の６２の４第２号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成２７年厚生労働省告示第１９７号）様式第１（以下「基本チェックリスト」という。）の質問項目に対する回答の結果に基づき、同告示様式第２に掲げるいずれかの基準に該当する第１号被保険者をいう。以下同じ。）

（３）　居宅要介護被保険者であって、要介護認定によるサービスを受ける日以前に前２号のいずれかに該当し、第３条の総合事業のサービスを受けていたもののうち、要介護認定によるサービスを受けた日以後も継続的に総合事業のサービスを受けるもの。

２　一般介護予防事業の対象者は、第１号被保険者及びその支援のための活動に関わる者とする。

（事業対象者の確認）

第６条　介護予防・生活支援サービス事業の利用を希望する者（前条第１項第１号に該当しない者に限る。）は、基本チェックリスト及びアセスメント実施申請書（様式第１号）を市長に提出しなければならない。

２　市長は、前項の申請書の提出があったときは、速やかに申請者に対して基本チェックリストを実施し、事業対象者に該当するかどうかの確認を行うものとする。

３　市長は、前項の基本チェックリストを実施した結果を、基本チェックリス

ト実施結果通知書（様式第２号）により申請者に通知するものとする。

（介護予防・生活支援サービス事業に要する費用の額）

第７条　介護予防・生活支援サービス事業（第１号及び第２号に掲げるサービスにあっては、指定事業者（法第１１５条の４５の３第１項に規定する指定事業者をいう。以下同じ。）が実施するものに限る。次項及び第１０条において同じ。）に要する費用の額は、別表第１から別表第３までの規定により算定した単位数を合計したものに次の各号に掲げるサービスの区分に応じ、当該各号に定める額を乗じて得た額とする。

（１）　訪問型サービス　１０円に厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成２７年厚生労働省告示第９３号。次号及び第３号において「単価告示」という。）に定める高松市の地域区分における訪問介護の割合を乗じて得た額

（２）　通所型サービス　１０円に単価告示に定める高松市の地域区分における通所介護の割合を乗じて得た額

（３）　介護予防ケアマネジメント　１０円に単価告示に定める高松市の地域区分における介護予防支援の割合を乗じて得た額

２　前項の規定により介護予防・生活支援サービス事業に要する費用の額を算定した場合において、その額に１円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てるものとする。

（第１号事業支給費の支給）

第８条　市長は、第５条第１項各号に掲げる者が、訪問型サービス又は通所型サービスを利用したときは、第１号事業支給費として、前条の規定により算定した費用の額の１００分の９０（法第５９条の２第１項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあっては１００分の８０、同条第２項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあっては１００分の７０）に相当する額を支給するものとする。

２　居宅要支援被保険者は、前項に規定する第１号事業支給費の支給を受けようとする場合（法第１１５条の４５の３第３項の規定により、市が当該居宅要支援被保険者に代わり、指定事業者に当該第１号事業に要した費用を支払

う場合を除く。）は、高松市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業支給費支給申請書（様式第２号の２）を市長に提出しなければならない。

３　市長は、第１号事業支給費の支給に関して必要があると認めるときは、当該支給に係る介護予防・生活支援サービス若しくはこれに相当するサービスを担当する者若しくは担当した者（以下この項において「介護予防・生活支援サービスを担当する者等」という。）に対し、報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、若しくは出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは当該介護予防・生活支援サービスを担当する者等の当該支給に係る事業所に立ち入り、その設備若しくは帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

４　前項の規定による質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。

５　第３項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

（介護予防ケアマネジメント費の支給）

第８条の２　市長は、第５条第１項各号に掲げる者が、介護予防ケアマネジメントを利用したときは、介護予防ケアマネジメント費として、第７条の規定により算定された費用の額の１００分の１００に相当する額を支給するものとする。

（領収証）

第８条の３　指定事業者は、訪問型サービス、通所型サービスその他のサービスの提供に要した費用につき、その支払を受ける際、当該支払をした者に対し、領収証を交付しなければならない。

２　指定事業者は、前項の規定により交付しなければならない領収証に、訪問型サービス又は通所型サービスについて第５条第１項各号に掲げる者から支払を受けた費用の額のうち、第８条第１項の規定により算定した費用の額（その額が現に当該訪問型サービス又は通所型サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現に訪問型サービス又は通所型サービスに要した費用の額とする。）、食事の提供に要した費用の額及び滞在に要した費用の額に係

るもの並びにその他の費用の額を区分して記載し、当該その他の費用の額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければならない。

（支給限度額）

第９条　事業対象者に対して第８条第１項の規定により支給する額の合計額は、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額（平成１２年厚生省告示第３３号。次項において「厚生省告示」という。）第２号に定める要支援１の介護予防サービス費等区分支給限度基準額の１００分の９０（法第５９条の２第１項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあっては１００分の８０、同条第２項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあっては１００分の７０）に相当する額を超えることができない。

２　前項の規定にかかわらず、退院直後等で集中的にサービスを利用することが自立支援につながる場合等利用者の状態により、市長が必要と認める場合は、第８条第１項の規定により支給する額の合計額は、厚生省告示第２号に定める要支援２の介護予防サービス費等区分支給限度基準額の１００分の９０（法第５９条の２第１項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあっては１００分の８０、同条第２項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあっては１００分の７０）に相当する額を超えることができないこととすることができる。

（第１号事業支給費の額の特例）

第１０条　災害その他特別の事情があることにより、介護予防・生活支援サービス事業に必要な費用を負担することが困難であると市長が認めた者が受ける第１号事業支給費について第８条第１項及び前条の規定を適用する場合（第８条第１項及び前条の規定により読み替えて適用する場合を除く。）においては、これらの規定中「１００分の９０」とあるのは、「１００の９０を超え１００分の１００以下の範囲内において市長が定めた割合」とする。

２　災害その他特別の事情があることにより、介護予防・生活支援サービス事業に必要な費用を負担することが困難であると市長が認めた者が受ける第１号事業支給費について第８条第１項及び前条の規定を適用する場合（第８条第１項及び前条の規定により読み替えて適用する場合に限る。）においては、

第８条第１項及び前条の規定により読み替えて適用するこれらの規定中「１００分の８０」とあるのは「１００分の８０を超え１００分の１００以下の範囲内において市長が定めた割合」と、「１００分の７０」とあるのは「１００分の７０を超え１００分の１００以下の範囲内において市長が定めた割合」とする。

第１０条の２　前条の規定による利用者の負担額の特例の認定を受けようとする者は、介護予防・生活支援サービス利用者負担額減額・免除認定申請書（様式第２号の３）にその理由を証明する書類を添えて、市長に提出しなければならない。

２　市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、認定又は不認定の決定をし、介護予防・生活支援サービス利用者負担額減額・免除認定（不認定）通知書（様式第２号の４）により当該申請をした者に通知するものとする。この場合において、当該決定が前項の認定をする旨のものであるときは、介護予防・生活支援サービス利用者負担額減額・免除認定証（様式第２号の５）を併せて交付する。

３　法第６０条の規定による利用者の負担額の特例の認定を受けている居宅要支援被保険者は、第１項の認定を受けたものとみなす。

第１０条の３　前２条の規定による利用者の負担額の特例の取扱いについては、高松市介護保険利用者負担額減額・免除取扱基準（平成１６年４月１日施行）の規定を準用する。

（特例第１号事業支給費の支給）

第１１条　市長は、次に掲げる場合には、第５条第１項各号に掲げる者に対し、特例第１号事業支給費を支給する。

（１）　第５条第１項各号に掲げる者が、当該要支援認定又は当該事業対象者の確認の効力が生じた日前に、緊急その他やむを得ない理由により介護予防訪問介護相当サービス、訪問型サービスＡ、介護予防通所介護相当サービス、通所型サービスＡ又は通所型サービスＣを受けた場合において、必要があると認めるとき。

（２）　第５条第１項各号に掲げる者が、介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービス以外の介護予防・生活支援サービス又はこ

れに相当するサービス（法第５４条第１項第２号に規定する基準該当介護予防サービスの事業を行う事業所により行われるものに限る。次号において「基準該当介護予防・生活支援サービス」という。）を受けた場合において、必要があると認めるとき。

（３）　介護予防訪問介護相当サービス、介護予防通所介護相当サービス及び基準該当介護予防・生活支援サービスの確保が著しく困難である離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める特例居宅介護サービス費等の支給に係る離島その他の地域の基準（平成１１年厚生省告示第９９号）に該当するものに住所を有する第５条第１項各号に掲げる者が、介護予防訪問介護相当サービス、介護予防通所介護相当サービス及び基準該当介護予防・生活支援サービス以外の介護予防・生活支援サービス又はこれに相当するサービスを受けた場合において、必要があると認めるとき。

（４）　前３号に掲げる場合のほか、市長が特に必要があると認める場合

２　特例第１号事業支給費の額は、当該介護予防・生活支援サービス又はこれに相当するサービスについて第７条の規定により算定した費用の額（その額が現に当該介護予防・生活支援サービス又はこれに相当するサービスに要した費用の額を超えるときは、現に当該介護予防・生活支援サービス又はこれに相当するサービスに要した費用の額とする。）の１００分の９０（法第５９条の２第１項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあっては１００分の８０、同条第２項に規定する政令で定める額以上の所得を有する者にあっては１００分の７０）に相当する額とする。

３　第８条第３項から第５項まで及び前条の規定は、特例第１号事業支給費の支給について準用する。

（訪問型サービスＢ及び通所型サービスＢの利用料）

第１２条　訪問型サービスＢ及び通所型サービスＢを実施する者は、利用者から利用料を徴収することができる。

（指定事業者の指定等）

第１３条　法第１１５条の４５の３第１項の指定又は法第１１５条の４５の６第１項の指定の更新を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、高松市介護予防・生活支援サービス事業者指定（更新）申請書（様式第３号）

を市長に提出しなければならない。

２　市長は、前項の指定又は指定の更新をしたときは、高松市介護予防・生活支援サービス事業者指定・指定更新通知書（様式第４号）を申請者に交付するものとする。

３　第１項の指定又は指定の更新の有効期間は、６年とする。

４　前３項に定めるもののほか、第１項の指定又は指定の更新の基準その他指定又は指定の更新に必要な事項は、市長が別に定める。

（指定の拒否）

第１４条　前条第１項に規定する指定又は指定の更新の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定又は指定の更新をしないものとする。

（１）　申請者が法人でないとき。

（２）　当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、高松市訪問型サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成２８年１０月１日施行。以下「訪問基準要綱」という。）又は高松市通所型サービスの人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成２８年１０月１日施行。以下「通所基準要綱」という。）に定める基準、員数等を満たしていないとき。

（３）　申請者が、訪問基準要綱又は通所基準要綱に定める設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防・生活支援サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。

（４）　当該申請に係る法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）又はその事業所を管理する者その他の介護保険法施行令（平成１０年政令第４１２号。以下「政令」という。）で定める使用人（以下「役員等」という。）が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

（５）　申請者が、法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令

で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

（６）　申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

（７）　申請者が、法、法第７条第６項各号（第４号を除く。）に掲げる法律、厚生年金保険法（昭和２９年法律第１１５号）、国民年金法（昭和３４年法律第１４１号）又は労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和４４年法律第８４号）の定めるところにより納付義務を負う保険料、負担金又は掛金（地方税法（昭和２５年法律第２２６号）の規定による国民健康保険税を含む。以下この号において「保険料等」という。）について、当該申請をした日の前日までに、これらの法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく３月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全て（当該処分を受けた者が、当該処分に係る保険料等の納付義務を負うことを定める法律によって納付義務を負う保険料等に限る。）を引き続き滞納している者であるとき。

（８）　申請者が、法第１１５条の４５の９の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該取消しの処分に係る行政手続法（平成５年法律第８８号）第１５条の規定による通知があった日前６０日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。）であるとき。

（９）　申請者と密接な関係を有する者（申請者の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で

定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、法第１１５条の４５の９の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過していないとき。

(10)　申請者が、法第１１５条の４５の９の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に次条第２項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

(11)　申請者が、法第１１５条の４５の７第１項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき法第１１５条の４５の９の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として市長が当該申請者に当該検査が行われた日から１０日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に次条第２項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

(12)　第１０号に規定する期間内に次条第２項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前６０日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等であった者で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

(13)　申請者が、指定の申請前５年以内に訪問型サービス又は通所型サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

(14)　申請者の役員等のうちに第５号から第７号まで及び第１０号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

（変更等の届出）

第１５条　指定事業者は、省令第１４０条の６３の５第１項第１号、第２号、第４号（当該指定に係る事業に関するものに限る。）から第８号までに掲げる事項に変更があった場合は、当該変更のあった日から１０日以内に高松市

介護予防・生活支援サービス事業者変更届（様式第５号）を市長に提出しなければならない。

２　指定事業者は、指定又は指定の更新に係る事業の廃止又は休止をしようとする場合は、当該廃止又は休止の日の１月前までに高松市介護予防・生活支援サービス事業者廃止・休止届（様式第６号）を市長に提出しなければならない。

３　指定事業者は、休止した指定又は指定の更新に係る事業を再開した場合は、当該再開の日から１０日以内に高松市介護予防・生活支援サービス事業者再開届（様式第７号）を市長に提出しなければならない。

（指定事業者の指定の取消し等）

第１６条　市長は、法第１１５条の４５の９の規定により指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止する場合は、高松市介護予防・生活支援サービス事業者取消・停止通知書（様式第８号）により、当該指定の取消し又は停止に係る者に通知するものとする。

（訪問型サービスＢ又は通所型サービスＢの届出等）

第１７条　訪問型サービスＢ又は通所型サービスＢを実施しようとする者は、高松市訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ実施届出書（様式第９号）を市長に提出しなければならない。

２　前項の規定により届出をした者は、届け出た事項に変更があった場合は、当該変更のあった日から１０日以内に高松市訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ届出事項変更届（様式第１０号）を市長に提出しなければならない。

３　第１項の規定により届出をした者は、届出に係る事業の廃止又は休止をしようとする場合は、当該廃止又は休止の日の１月前までに高松市訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ廃止・休止届（様式第１１号）を市長に提出しなければならない。

４　前項の規定により届出をした者は、届出に係る事業を再開した場合は、当該再開の日から１０日以内に高松市介護予防・生活支援サービス再開届（様式第１２号）を市長に提出しなければならない。

５　前各項に定めるもののほか、第１項の規定による届出に必要な事項は、市

長が別に定める。

（高額介護予防サービス費相当事業）

第１８条　市長は、実施要綱別記１の第２の１(コ)の規定の例により、高額介護予防サービス費相当事業を実施する。

２　高額介護予防サービス費相当事業による支給（以下「高額介護予防サービス相当費」という。）を受けようとする者は、高額介護予防サービス相当費支給申請書（様式第１３号）を市長に提出しなければならない。

（高額医療合算介護予防サービス費相当事業）

第１９条　市長は、実施要綱別記１の第２の１(サ)の規定の例により、高額医療合算介護予防サービス費相当事業を実施する。

２　高額医療合算介護予防サービス費相当事業による支給（以下「高額医療合算介護予防サービス相当費」という。）を受けようとする者は、高額医療合算介護予防サービス相当費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第１４号）を市長に提出しなければならない。ただし、その者が省令第８３条の４の４第１項の規定による高額医療合算介護サービス費の支給の申請又は省令第９７条の２の２の規定による高額医療合算介護予防サービス費の支給の申請をした場合は、その申請をもって、高額医療合算介護予防サービス相当費の支給の申請があったものとみなす。

（介護予防ケアマネジメント及び一般介護予防事業の実施）

第２０条　介護予防ケアマネジメント及び一般介護予防事業の実施については、市長が別に定める。

（委任）

第２１条　この要綱に定めるもののほか、総合事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附　則

１　この要綱は、平成２８年１０月１日から施行する。

２　地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律附則第１３条に規定する法第１１５条の４５の３の指定を受けたものとみなされたものが、当該みなされた期間の間に同一の場所で、

介護予防訪問介護相当サービスの指定を受けたとみなされたものにあっては訪問型サービスＡの、介護予防通所介護相当サービスの指定を受けたとみなされたものにあっては通所型サービスＡ又は通所型サービスＣの指定を受けた場合における指定の有効期間は、第１３条第３項の規定にかかわらず、当該指定を受けた日から令和６年３月３１日までとする。

附　則

この要綱は、平成２８年１０月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成２９年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成３０年２月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成３０年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成３０年８月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成３０年１０月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成３１年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和元年１０月１日から施行する。

附　則

１　この要綱は、令和３年２月１５日から施行する。

２　この要綱の施行の際、改正前の高松市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附　則

この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、令和４年１０月１日から施行する。

別表第１（第７条関係）

１　介護予防訪問介護相当サービス費又は共生型訪問型サービス費（１回につき）

（１）　訪問型サービス費（Ⅰ）　２６８単位（ただし、１月において４回を超える場合は、１月につき１，１７６単位を上限とする。）

（２）　訪問型サービス費（Ⅱ）　２７２単位（ただし、１月において８回を超える場合は、１月につき２，３４９単位を上限とする。）

（３）　訪問型サービス費（Ⅲ）　２８７単位（ただし、１月において１２回を超える場合は、１月につき３，７２７単位を上限とする。）

注１　利用者に対して、指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等（訪問基準要綱第４条第１項に規定する指定介護予防訪問介護相当サービス事業所又は訪問基準要綱第４２条の３において読み替えて準用する訪問基準要綱第４条第２項に規定する指定共生型訪問型サービス事業所をいう。以下同じ。）の訪問介護員等（訪問基準要綱第４条第１項又は訪問基準要綱第４２条の３において読み替えて準用する訪問基準要綱第４条第２項に規定する訪問介護員等をいう。以下同じ。）が、介護予防訪問介護相当サービス等（介護予防訪問介護相当サービス又は共生型訪問型サービスをいう。以下同じ。）を行った場合に、次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を算定する。

ア　訪問型サービス費（Ⅰ）　介護予防サービス計画（法第８条の２第１６項に規定する介護予防サービス計画をいい、省令第８３条の９第１号ハ及びニに規定する計画を含む。以下同じ。）又は介護予防ケアマネジメントにより週１回の介護予防訪問介護相当サービス等が必要とされた者

イ　訪問型サービス費（Ⅱ）　介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントにより週２回の介護予防訪問介護相当サービス等が必要とされた者

ウ　訪問型サービス費（Ⅲ）　介護予防サービス計画又は介護予防ケ

アマネジメントによりイに掲げる回数の程度を超える介護予防訪問介護相当サービス等が必要とされた者（その要支援状態区分が要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成１１年厚生省令第５８号）第２条第１項第２号に掲げる区分である者又は退院直後で集中的にサービスを利用することが自立支援につながる場合等利用者の状態により、市長が必要と認める者に限る。）

注２　介護予防訪問介護相当サービス費又は共生型訪問型サービス費に係る算定回数の限度は、次のとおりとする。

ア　介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントにより、週１回の利用が必要とされた者　週１回まで

イ　介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントにより、週２回の利用が必要とされた者　週２回まで

注３　指定共生型訪問型サービス事業者が当該事業を行う事業所において、指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（平成１８年厚生労働省告示第５３８号。以下「居宅介護従業者基準」という。）第１条第４号、第９号、第１４号又は第１９号から第２２号までに規定する者が共生型訪問型サービスを行った場合は、１月につき所定単位数の１００分の７０に相当する単位数を算定し、居宅介護従業者基準第１条第５号、第１０号又は第１５号に規定する者が共生型訪問型サービスを行った場合は、１月につき所定単位数の１００分の９３に相当する単位数を算定し、共生型訪問型サービスの事業を行う重度訪問介護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者が当該事業を行う事業所において共生型訪問型サービスを行った場合は、１月につき所定単位数の１００分の９３に相当する単位数を算定する。

注４　指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等と同一の建物（以下この注４において「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者又は指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等における１月当たりの利用者が同一の建物に２０人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）に居住する利用者に対して、介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合は、所定単位数の１００分の９０に相当する単位数を算定する。

注５　厚生労働大臣が定める地域（平成２４年厚生労働省告示第１２０号。以下「地域告示」という。）に規定する地域に所在する指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の訪問介護員等が介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合は、特別地域加算として、１月につき所定単位数の１００分の１５に相当する単位数を所定単位数に加算する。

注６　厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域（平成２１年厚生労働省告示第８３号。（以下「中山間地域告示」という。）第１号に規定する地域。）に所在し、かつ、１月当たり実利用者数が５人以下の指

定介護予防訪問介護相当サービス事業所等（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の訪問介護員等が介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合は、１月につき所定単位数の１００分の１０に相当する単位数を所定単位数に加算する。

注７　指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等の訪問介護員等が、中山間地域告示第２号に規定する地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（訪問基準要綱第２５条第５号に規定する通常の事業の実施地域をいう。以下この表において同じ。）を越えて、介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合は、１月につき所定単位数の１００分の５に相当する単位数を所定単位数に加算する。

注８　利用者が介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、介護予防訪問介護相当サービス費又は共生型訪問型サービス費は、算定しない。

注９　利用者が一の指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等において介護予防訪問介護相当サービス等を受けている間は、当該指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等以外の指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等が介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合に、介護予防訪問介護相当サービス費又は共生型訪問型サービス費は、算定しない。

注１０　利用者が一の指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等において介護予防訪問介護相当サービス等を受けている間は、指定訪問型サービスＡ事業所（訪問基準要綱第４４条第１項に規定する指定訪問型サービスＡ事業所をいう。以下同じ。）が訪問型サービスＡを行った場合に、訪問型サービスＡ費は、算定しない。

注１１　令和３年９月３０日までの間は、注１のアからウの区分に応じ、それぞれの所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。小数点以下の端数処理は四捨五入とするが、端数処理の結果、上乗せされる単位数が１単位に満たない場合は、１単位に切り上げて算定する。

（４）　初回加算　２００単位

注　指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等において、新規に介護予防訪問介護相当サービス計画等（訪問基準要綱第３７条第２項第１号に規定する介護予防訪問介護相当サービス計画又は訪問基準要綱第４２条の３において読み替えて準用する訪問基準要綱第３７条第２項第１号に規定する共生型訪問型サービス計画をいう。以下同じ。）を作成した利用者に対して、サービス提供責任者（訪問基準要綱第４条第２項に規定するサービス提供責任者をいう。以下同じ。）が初回若しくは初回の介護予防訪問介護相当サービス等を行った日の属する月に介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合又は当該指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の介護予防訪問介護相当サービス等を行った日の属する月に介護予防訪問介護相当サービス等を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は、１月につき所定単位数を加算する。

（５）　生活機能向上連携加算

ア　生活機能向上連携加算（Ⅰ）　１００単位

イ　生活機能向上連携加算（Ⅱ）　２００単位

注１　アについて、サービス提供責任者が、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成　１８年厚生労働省令第３５号。以下「指定介護予防サービス基準」という。）第７９条第１項に規定する指定介護予防訪問リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）、指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス基準第１１７条第１項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（医療法（昭和２３年法律第２０５号）第１条の２第２項に規定する医療提供施設をいい、病院にあっては、許可病床数が２００床未満のもの又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。以下同じ。）の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした介護予防訪問介護相当サービス計画又は共生型訪問型サービス計画を作成し、当該介護予防訪問介護相当サービス計画又は当該共生型訪問型サービス計画に基づく介護予防訪問介護相当サービス又は共生型訪問型　サービスを行ったときは、初回の当該介護予防訪問介護相当サービス又は当該共生型訪問型サービスが行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。

注２　イについて、利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定介護予防訪問リハビリテーション（指定介護予防サービス基準第７８条に規定する指定介護予防訪問リハビリテーションをいう。以下同じ。）、指定介護予防通所リハビリテーション（指定介護予防サービス基準第１１６条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした介護予防訪問介護相当サービス計画又は共生型訪問型サービス計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該介護予防訪問介護相当サービス計画又は当該共生型訪問型サービス計画に基づく介護予防訪問介護相当サービス又は共生型訪問型サービスを行ったときは、初回の当該介護予防訪問介護相当サービス又は当該共生型訪問型サービスが行われた日の属する月以降３月の間、１月につき所定単位数を加算する。ただし、アを算定している場合は、算定しない。

（６）　介護職員処遇改善加算

注　厚生労働大臣が定める基準（平成２７年厚生労働省告示第９５号。

以下「基準告示」という。）第１３０号に規定する基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等が、利用者に対し、介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合は、次のアからオまでに掲げる区分に従い、令和６年３月３１日までの間（エ及びオについては、令和４年３月３１日までの間）、それぞれアからオまでに定める単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

ア　介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　前各号の規定により算定した単位数の１，０００分の１３７に相当する単位数

イ　介護職員処遇改善加算（Ⅱ）　前各号の規定により算定した単位数の１，０００分の１００に相当する単位数

ウ　介護職員処遇改善加算（Ⅲ）　前各号の規定により算定した単位数の１，０００分の５５に相当する単位数

エ　介護職員処遇改善加算（Ⅳ）　ウの規定より算定した単位数の１００分の９０に相当する単位数

オ　介護職員処遇改善加算（Ⅴ）　ウの規定より算定した単位数の１００分の８０に相当する単位数

（７）　介護職員等特定処遇改善加算

注１　基準告示第１３１号に規定する基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等が、利用者に対し、介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合は、次のア又はイに掲げる区分に従い、それぞれア又はイに掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

ア　介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）　第１号から第５号までの規定により算定した単位数の１，０００分の６３に相当する単位数

イ　介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）　第１号から第５号までの規定により算定した単位数の１，０００分の４２に相当する単位数

注２　前号アからウまでのいずれかを算定していることを要件とする。

注３　アについては、事業所が、その併設する指定訪問介護事業所（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３７号）第５条に規定する指定訪問介護事業所をいう。）において特定事業所加算（Ⅰ）（基準告示第３号イに規定する特定事業所加算（Ⅰ）をいう。）又は特定事業所加算（Ⅱ）（基準告示第３号ロに規定する特定事業所加算（Ⅱ）をいう。）を届け出ていることを要件とする。

（８）　介護職員等ベースアップ等支援加算

注　基準告示第１３１号の２に規定する基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等が、利用者に対し、介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合は、第１号から第５号までの規定によ

り算定した単位数の１，０００分の２４に相当する単位数を所定単位数に加算する。

（９）　生活援助従事者研修課程の修了者が身体介護に従事した場合は、当該月において前各号の単位数は算定しない。

(10)　第９条に規定する合計額の算定に当たっては、第１号から第３号までの注５から注７まで、第６号から第８号までの規定による加算の合計額を控除するものとし、第１号から第３号までの注４により算定する場合は減算する前の所定単位数を用いるものとする。

２　訪問型サービスＡ費（１回につき）

（１）　訪問型サービスＡ費(Ⅰ)　２２５単位

（２）　訪問型サービスＡ費(Ⅱ)　２００単位

（３）　訪問型サービスＡ費(Ⅲ)　１８０単位

注１　利用者に対して、指定訪問型サービスＡ事業所の従事者（訪問基準要綱第４４条第１項に規定する従事者をいう。以下同じ。）が、訪問型サービスＡを行った場合に、次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を算定する。

ア　訪問型サービスＡ費(Ⅰ)　介護福祉士、法第８条第２項に規定する政令で定める者、市の指定する研修の修了者等が提供するサービス

イ　訪問型サービスＡ費(Ⅱ)　市の指定する研修の修了者等が提供するサービス（一般的な調理、配下膳を除く。）

ウ　訪問型サービスＡ費(Ⅲ)　社会就労支援センター協議会その他国等による障害者就労施設等からの物品等の調達の推進等に関する法律（平成２４年法律第５０号）第２条第２項に規定する障害者就労施設の利用者、生活支援員等のうち、市の指定する研修の修了者等が提供するサービス（一般的な調理、配下膳を除く。）

注２　訪問型サービスＡ費に係る算定回数の限度は、次のとおりとする。

ア　介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントにより、週１回の利用が必要と認められた場合　週１回まで

イ　介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントにより、週２回の利用が必要と認められた場合　週２回まで

注３　指定訪問型サービスＡ事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは指定訪問型サービスＡ事業所と同一の建物（以下この注３において「同一敷地内建物等」という。）に居住する利用者又は指定訪問型サービスＡ事業所における１月当たりの利用者が同一の建物に２０人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く。）に居住する利用者に対して、訪問型サービスＡ等を行った場合は、所定単位数の１００分の９０に相当する単位数を算定する。

注４　地域告示に規定する地域に所在する指定訪問型サービスＡ事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の従事者が訪問型サービスＡを行った場合は、１回につき、次のアからウまでに掲げる区分に応じ、それぞれアからウまでに定める単位数を加算する。

ア　特別地域加算（訪問型サービスＡ費(Ⅰ)）　３４単位
イ　特別地域加算（訪問型サービスＡ費(Ⅱ)）　３０単位
ウ　特別地域加算（訪問型サービスＡ費(Ⅲ)）　２７単位

注５　中山間地域告示第１号に規定する地域に所在し、かつ、１月当たり実利用者数が５人以下の指定訪問型サービスＡ事業所（その一部として使用される事務所が当該地域に所在しない場合は、当該事務所を除く。）又はその一部として使用される事務所の従事者が訪問型サービスＡを行った場合は、１回につき、次のアからウまでに掲げる区分に応じ、それぞれアからウまでに定める単位数を加算する。

ア　中山間地域小規模事業所加算（訪問型サービスＡ費(Ⅰ)）　２３単位
イ　中山間地域小規模事業所加算（訪問型サービスＡ費(Ⅱ)）　２０単位
ウ　中山間地域小規模事業所加算（訪問型サービスＡ費(Ⅲ)）　１８単位

注６　指定訪問型サービスＡ事業所の従事者が、中山間地域告示第２号に規定する地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、訪問型サービスＡを行った場合は、１回につき、次のアからウまでに掲げる区分に応じ、それぞれアからウまでに定める単位数を加算する。

ア　中山間地域居住者サービス提供加算（訪問型サービスＡ費(Ⅰ)）　１１単位
イ　中山間地域居住者サービス提供加算（訪問型サービスＡ費(Ⅱ)）　１０単位
ウ　中山間地域居住者サービス提供加算（訪問型サービスＡ費(Ⅲ)）　９単位

注７　利用者が介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、訪問型サービスＡ費は、算定しない。

注８　利用者が一の指定訪問型サービスＡ事業所において訪問型サービスＡを受けている間は、指定介護予防訪問介護相当サービス事業所等が介護予防訪問介護相当サービス等を行った場合に、介護予防訪問介護相当サービス費又は共生型訪問型サービス費は、算定しない。

（４）　初回加算　１５０単位

注　指定訪問型サービスＡ事業所において、新規に訪問型サービスＡ計画又はこれに準ずる書類を作成した利用者に対して、訪問事業責任者（訪問基準要綱第４４条第２項に規定する訪問事業責任者をいう。）又はサービス提供責任者が初回若しくは初回の訪問型サービスＡを行った日の属する月に訪問型サービスＡを行った場合又は当該指定訪問型サービスＡ事業所のその他の従事者が初回若しくは初回の訪問型サービスＡを行った日の属する月に訪問型サービスＡを行った際に訪問事業責任者又はサービス提供責任者が同行した場合は、令和３年３月３１日までの間、１月につき所定単位数を加算する。

（５）　生活機能向上連携加算

ア　生活機能向上連携加算（Ⅰ）　１００単位
イ　生活機能向上連携加算（Ⅱ）　２００単位
注１　アについて、訪問事業責任者又はサービス提供責任者が、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問型サービスＡ計画を作成し、当該訪問型サービスＡ計画に基づく訪問型サービスＡを行ったときは、初回の当該訪問型サービスＡが行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。
注２　イについて、利用者に対して、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定介護予防訪問リハビリテーション、指定介護予防通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際に訪問事業責任者又はサービス提供責任者が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問型サービスＡ計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該訪問型サービスＡ計画に基づく訪問型サービスＡを行ったときは、初回の当該訪問型サービスＡが行われた日の属する月以降３月の間、１月につき所定単位数を加算する。ただし、アを算定している場合は、算定しない。
（６）　第９条に規定する合計額の算定に当たっては、第１号から第３号までの注４から注６までの規定による加算の合計額を控除するものとする。
（７）　有資格者によるサービス提供加算　５単位
注　介護福祉士、保健師、看護師、准看護師、介護職員初任者研修課程修了者（省令第２２条の２３第１項に規定する介護職員初任者研修課程を修了した者をいう。）、実務者研修修了者（基準告示第３号イ（５）に規定する実務者研修修了者をいう。）、介護職員基礎研修課程修了者（同号イ（５）に規定する介護職員基礎研修課程修了者をいう。）、１級課程修了者（同号イ（５）に規定する１級課程修了者をいう。）又は２級課程修了者（介護保険法施行規則の一部を改正する省令（平成２４年厚生労働省令第２５号）による改正前の省令第２２条の２３第１項に規定する２級課程を修了した者をいう。）のいずれかの資格を有する者が訪問型サービスＡを実施した場合に、令和３年３月３１日までの間、１回につき所定単位数を加算する。

別表第２（第７条関係）
１　介護予防通所介護相当サービス費又は共生型通所型サービス費（１回につき）
（１）　要支援１又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週１回の介護予防通所介護相当サービス等（介護予防通所介護相当サービス又は共生型通所型サービスをいう。以下同じ。）が必要

とされた事業対象者　３８４単位（ただし、１月において４回を超える場合は、１月につき　１，６７２単位を上限とする。）

（２）　要支援２又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週２回の介護予防通所介護相当サービス等が必要とされた事業対象者　３９５単位（ただし、１月において８回を超える場合は、１月につき３，４２８単位を上限とする。）

注１　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示（平成３０年厚生労働省告示第７８号）第３５条の規定による改正前の厚生労働大臣が定める施設基準（平成２７年厚生労働省告示第９６号）第７１号の基準に適合しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等（通所基準要綱第４条第１項に規定する指定介護予防通所介護相当サービス事業所又は通所基準要綱第４２条の３において読み替えて準用する通所基準要綱第５条に規定する指定共生型通所型サービス事業所をいう。以下同じ。）において、介護予防通所介護相当サービス等を行った場合に、利用者の区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。ただし、利用者の数又は看護職員若しくは介護職員の員数が、厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成１２年厚生労働省告示第２７号。以下「通所介護費等算定方法という」）第２３号に規定する基準に該当する場合は、同号の規定の例により算定する。

注２　介護予防通所介護相当サービス費又は共生型通所型サービス費に係る算定回数の限度は、次のとおりとする。

ア　要支援１又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより、週１回の利用が必要とされた事業対象者　週１回まで

イ　要支援２又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより、週２回の利用が必要とされた事業対象者　週２回まで

注３　共生型通所型サービスの事業を行う指定生活介護事業者（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成１８年厚生労働省令第１７１号。以下「指定障害福祉サービス等基準」という。）第７８条第１項に規定する指定生活介護事業者をいう。）が当該事業を行う事業所において共生型通所型サービスを行った場合は、所定単位数の１００分の９３に相当する単位数を算定し、共生型通所型サービスの事業を行う指定自立訓練（機能訓練）事業者（指定障害福祉サービス等基準第１５６条第１項に規定する指定自立訓練（機能訓練）事業者をいう。）又は指定自立訓練（生活訓練）事業者（指定障害福祉サービス等基準第１６６条第１項に規定する指定自立訓練（生活訓練）事業者をいう。）が当該事業を行う事業所において共生型通所型サービスを行った場合は、所定単位数の１００分の９５に相当する単位数を算定し、共生型通所型サービスの事業を行う指定児童発達支援事業者（児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等

の人員、設備及び運営に関する基準（平成２４年厚生労働省令第１５号。以下この注３において「指定通所支援基準」という。）第５条第１項に規定する指定児童発達支援事業者をいい、主として重症心身障害児（児童福祉法（昭和２２年法律第１６４号）第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。以下この注３において同じ。）を通わせる事業所において指定児童発達支援（指定通所支援基準第４条に規定する指定児童発達支援をいう。）を提供する事業者を除く。）が当該事業を行う事業所において共生型通所型サービスを行った場合は、所定単位数の１００分の９０に相当する単位数を算定し、共生型通所型サービスの事業を行う指定放課後等デイサービス事業者（指定通所支援基準第６６条第１項に規定する指定放課後等デイサービス事業者をいい、主として重症心身障害児を通わせる事業所において指定放課後等デイサービス（指定通所支援基準第６５条に規定する指定放課後等デイサービスをいう。）を提供する事業者を除く。）が当該事業を行う事業所において共生型通所型サービスを行った場合は、所定単位数の１００分の９０に相当する単位数を算定する。

注４　基準告示第１４号の２に適合しているものとして市長に届け出た指定共生型通所型サービス事業所において、注３を算定している場合は、生活相談員配置等加算として、１日につき１３単位を所定単位数に加算する。

注５　指定介護予防通所介護相当サービス事業所等の従業者（通所基準要綱第４条第１項又は通所基準要綱第４２条の３において準用する通所基準要綱第７条第１項に規定する従業者をいう。以下同じ。）が、中山間地域告示第２号に規定する地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（通所基準要綱第２３条第６号に規定する通常の事業の実施地域をいう。以下同じ。）を越えて、介護予防通所介護相当サービス等を行った場合は、１月につき所定単位数の１００分の５に相当する単位数を所定単位数に加算する。

注６　基準告示第１８号に規定する基準に適合しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等において、若年性認知症利用者（政令第２条第６号に規定する初老期における認知症によって要支援者となった者をいう。）に対して指定介護予防通所介護相当サービス等を行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、１月につき２４０単位を所定単位数に加算する。

注７　利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、介護予防通所介護相当サービス費又は共生型通所型サービス費は、算定しない。

注８　利用者が一の指定介護予防通所介護相当サービス事業所等において介護予防通所介護相当サービス等を受けている間は、当該指定介護予防通所介護相当サービス事業所等以外の指定介護予防通所介護相当サービス事業所等が介護予防通所介護相当サービス等を行った場合に、介護予防通所介護相当サービス費又は共生型通所型サービス費は、算

定しない。

注９　利用者が一の指定介護予防通所介護相当サービス事業所等において介護予防通所介護相当サービス等を受けている間は、指定通所型サービスＡ事業所（通所基準要綱第４４条第１項に規定する指定通所型サービスＡ事業所をいう。以下同じ。）が通所型サービスＡを行った場合に、通所型サービスＡ費は、算定しない。

注１０　利用者が一の指定介護予防通所介護相当サービス事業所等において介護予防通所介護相当サービス等を受けている間は、指定通所型サービスＣ事業所（通所基準要綱第５７条第１項に規定する指定通所型サービスＣ事業所をいう。以下同じ。）が通所型サービスＣを行った場合に、通所型サービスＣ費は、算定しない。

注１１　指定介護予防通所介護相当サービス事業所等と同一建物に居住する者又は指定介護予防通所介護相当サービス事業所等と同一建物から当該指定介護予防通所介護相当サービス事業所等に通う者に対し、介護予防通所介護相当サービス等を行った場合は、１月につき、次のア及びイに掲げる利用者の区分に応じ、それぞれア及びイに定める単位を所定単位数から減算する。ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。

ア　要支援１又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週１回の介護予防通所介護相当サービス等が必要とされた事業対象者　３７６単位

イ　要支援２又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週２回の介護予防通所介護相当サービス等が必要とされた事業対象者　７５２単位

注１２　令和３年９月３０日までの間は、（１）及び（２）の区分に応じ、それぞれの所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。小数点以下の端数処理は四捨五入とするが、端数処理の結果、上乗せされる単位数が１単位に満たない場合は、１単位に切り上げて算定する。

（３）　生活機能向上グループ活動加算　１００単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動（以下この注において「生活機能向上グループ活動サービス」という。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定している場合は、算定しない。

ア　生活相談員、看護職員、介護職員、機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有するはり師又は

きゅう師を含む。）その他指定介護予防通所介護相当サービス事業所等の従業者が共同して、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定した介護予防通所介護相当サービス計画等（通所基準要綱第３６条第２項第１号に規定する介護予防通所介護相当サービス計画又は通所基準要綱第４２条の３において読み替えて準用する通所基準要綱第３６条第２項第１号に規定する共生型通所型サービス計画をいう。以下同じ。）を作成していること。

イ　介護予防通所介護相当サービス計画等の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが適切に提供されていること。

ウ　利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを１週につき１回以上行っていること。

（４）　運動器機能向上加算　２２５単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及び第８号において「運動器機能向上サービス」という。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

ア　専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上勤務し、機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。以下この注において「理学療法士等」という。）を１名以上配置していること。

イ　利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。

ウ　利用者ごとの運動器機能向上計画に従い理学療法士等、介護職員その他の職種の者が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。

エ　利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。

オ　通所介護費等算定方法第２３号に規定する基準のいずれにも該当しない指定介護予防通所介護相当サービス事業所等であること。

（５）　栄養アセスメント加算　５０単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。

以下この注において同じ。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算又は選択的サービス複数実施加算の算定に係る栄養改善サービスを受ける間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

ア　当該事業所等の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していること。

イ　利用者ごとに、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者（次号において「管理栄養士等」という。）が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。

ウ　利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

エ　利用者の数又は看護職員若しくは介護職員の員数が別に厚生労働大臣が定める基準のいずれにも該当しない指定介護予防通所介護相当サービス事業所等であること。

（６）　栄養改善加算　２００単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及び第８号において「栄養改善サービス」という。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

ア　当該事業所等の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していること。

イ　利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

ウ　利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

エ　利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。

オ　通所介護費等算定方法第２３号に規定する基準のいずれにも該当しない指定介護予防通所介護相当サービス事業所等であること。

（７）　口腔機能向上加算

注　基準告示第１３２号に規定する基準に適合しているものとして市長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下次号において「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、１月につき次のア及びイに掲げる

区分に応じ、それぞれア及びイに定める単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

ア　口腔機能向上加算（Ⅰ）　１５０単位

イ　口腔機能向上加算（Ⅱ）　１６０単位

（８）　選択的サービス複数実施加算

注　基準告示第１３３号に規定する基準に適合しているものとして、市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等が、利用者に対し、運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合に、１月につき次のア及びイに掲げる区分に応じ、それぞれア及びイに定める単位数を所定単位数に加算する。ただし、運動器機能向上加算、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、次に掲げる加算は算定しない。また、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

ア　選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）　４８０単位

イ　選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）　７００単位

（９）　事業所評価加算　１２０単位

注　基準告示第１３４号に規定する基準に適合しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等において、評価対象期間（事業所評価加算を算定する年度の初日の属する年の前年の１月から１２月までの期間（４号若しくは６号の注に掲げる基準又は７号の注に掲げる別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市長に届け出た年においては、届出の日から同年１２月までの期間）をいう。）の満了日の属する年度の次の年度内に限り１月につき所定単位数を加算する。

(10)　サービス提供体制強化加算

注　基準告示第１３５号に規定する基準に適合しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等が、利用者に対し、介護予防通所介護相当サービス等を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次のアからウまでに掲げる利用者の区分に応じて１月につきそれぞれアからウまでに定める所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

ア　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

（ア）　要支援１又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週１回の介護予防通所介護相当サービス等が必要とされた事業対象者　８８単位

（イ）　要支援２又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週２回の介護予防通所介護相当サービス等が必要とされた事業対象者　１７６単位

イ　サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

（ア）　要支援１又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週１回の介護予防通所介護相当サービス等が必

要とされた事業対象者　７２単位

（イ）　要支援２又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週２回の介護予防通所介護相当サービス等が必要とされた事業対象者　１４４単位

ウ　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

（ア）　要支援１又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週１回の介護予防通所介護相当サービス等が必要とされた事業対象者　２４単位

（イ）　要支援２又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより週２回の介護予防通所介護相当サービス等が必要とされた事業対象者　４８単位

(11)　生活機能向上連携加算

注　基準告示第１５号の２に規定する基準に適合しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等において、外部との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、かつ、個別機能訓練計画を作成した場合には、次のア及びイに掲げる区分に応じ、アについては、利用者の急性増悪等により当該個別機能訓練計画を見直した場合を除き３月に１回を限度として、１月につき、イについては１月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。また、運動器機能向上加算を算定している場合、アは算定せず、イは１月につき１００単位を所定単位数に加算する。

ア　生活機能向上連携加算（Ⅰ）　１００単位

イ　生活機能向上連携加算（Ⅱ）　２００単位

(12)　口腔・栄養スクリーニング加算

注　基準告示第１０７号の２に規定する基準に適合する指定介護予防通所介護相当サービス事業所等の従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、１回につき次のア及びイに掲げる区分に応じ、それぞれア及びイに定める単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては加算しない。

ア　口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）　２０単位

イ　口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）　　５単位

(13)　科学的介護推進体制加算　４０単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等において、利用者に対し、通所型サービスを行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

ア　利用者ごとのＡＤＬ値（ＡＤＬの評価に基づき測定した値をいう。）、栄養状態、口腔機能、認知症（法第５条の２第１項に規定

する認知症をいう。）の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

イ　必要に応じて通所型サービス計画を見直すなど、通所型サービスの提供に当たって、アに規定する情報その他通所型サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

(14)　介護職員処遇改善加算

注　基準告示第１３６号に規定する基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等が、利用者に対し、介護予防通所介護相当サービス等を行った場合は、次のアからオまでに掲げる区分に従い、令和６年３月３１日までの間（エ及びオについては、令和４年３月３１日までの間）、それぞれアからオまでに定める単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

ア　介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　前各号の規定により算定した単位数の１，０００分の５９に相当する単位数

イ　介護職員処遇改善加算（Ⅱ）　前各号の規定により算定した単位数の１，０００分の４３に相当する単位数

ウ　介護職員処遇改善加算（Ⅲ）　前各号の規定により算定した単位数の１，０００分の２３に相当する単位数

エ　介護職員処遇改善加算（Ⅳ）　ウの規定により算定した単位数の１００分の９０に相当する単位数

オ　介護職員処遇改善加算（Ⅴ）　ウの規定により算定した単位数の１００分の８０に相当する単位数

(15)　介護職員等特定処遇改善加算

注１　基準告示第１３７号に規定する基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等が、利用者に対し、介護予防通所介護相当サービス等を行った場合は、次のア又はイに掲げる区分に従い、それぞれア又はイに定める単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

ア　介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）　第１号から第１３号までの規定により算定した単位数の１，０００分の１２に相当する単位数

イ　介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）　第１号から第１３号までの規定により算定した単位数の１，０００分の１０に相当する単位数

注２　前号アからウまでのいずれかを算定していることを要件とする。

注３　アについては、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）のいずれかを届け出ていることを要件とする。

(16)　介護職員等ベースアップ等支援加算

注　基準告示第１３８号に規定する基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定介護予防通所介護相当サービス事業所等が、利用者に対し、介護予防通所介護相当サービス等を行った場合は、第１号から第１３号までの規定により

算定した単位数の１，０００分の１１に相当する単位数を所定単位数に加算する。

(17)　第９条に規定する合計額の算定に当たっては、第１号及び第２号の注５、注１１、第１０号並びに第１４号から前号までの規定による加算の合計額を控除するものとする。

２　通所型サービスＡ費

（１）　通所型サービスＡ費　３３３単位（１回につき）

注１　通所基準要綱第４４条の基準に適合しているものとして市長に届け出た指定通所型サービスＡ事業所（同条第１項に規定する指定通所型サービスＡ事業所をいう。以下同じ。）において、通所型サービスＡを行った場合に、利用者の数又は従事者の員数が、改正前の厚生労働大臣が定める利用者の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成１２年厚生労働省告示第２７号。以下「改正前通所介護費等算定方法」という。）第１５号に規定する基準に該当する場合は、同号の規定の例により算定する。この場合において、同号中「介護職員」とあるのは「従事者」と読み替えるものとする。

注２　通所型サービスＡ費に係る算定回数の限度は、次のとおりとする。

ア　要支援１、要支援２又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより、週１回の利用が必要とされた事業対象者　週１回まで

イ　要支援２又は介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアマネジメントにより、週２回の利用が必要とされた事業対象者　週２回まで

注３　指定通所型サービスＡ事業所の従業者が、中山間地域告示第２号に規定する地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、通所型サービスＡを行った場合は、１回につき１７単位を所定単位数に加算する。

注４　利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、通所型サービスＡ費は、算定しない。

注５　利用者が一の指定通所型サービスＡ事業所において通所型サービスＡを受けている間は、指定介護予防通所介護相当サービス事業所等が介護予防通所介護相当サービス等を行った場合に、介護予防通所介護相当サービス費又は共生型通所型サービス費は、算定しない。

注６　利用者が一の指定通所型サービスＡ事業所において通所型サービスＡを受けている間は、指定通所型サービスＣ事業所が通所型サービスＣを行った場合に、通所型サービスＣ費は、算定しない。

注７　指定通所型サービスＡ事業所と同一建物に居住する者又は指定通所型サービスＡ事業所と同一建物から当該指定通所型サービスＡ事業所に通う者に対し、通所型サービスＡを行った場合は、１回につき８７単位を所定単位数から減算する。ただし、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送

迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。

（２）　生活機能向上グループ活動加算　１００単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動（以下この注において「生活機能向上グループ活動サービス」という。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。ただし、この場合において、同月中に利用者に対し、栄養改善加算、口腔機能向上加算又は選択的サービス複数実施加算のいずれかを算定している場合は、算定しない。

ア　指定通所型サービスＡ事業所の従業者が共同して、利用者ごとに生活機能の向上の目標を設定した通所型サービスＡ計画（通所基準要綱第４７条第２項第１号に規定する通所型サービスＡ計画をいう。以下同じ。）を作成していること。

イ　通所型サービスＡ計画の作成及び実施において利用者の生活機能の向上に資するよう複数の種類の生活機能向上グループ活動サービスの項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、利用者の心身の状況に応じた生活機能向上グループ活動サービスが適切に提供されていること。

ウ　利用者に対し、生活機能向上グループ活動サービスを１週につき１回以上行っていること。

（３）　運動器機能向上加算　１５０単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及び第６号において「運動器機能向上サービス」という。）を行った場合は、令和３年３月３１日までの間、１月につき所定単位数を加算する。

ア　専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で６月以上機能訓練に従事した経験を有する者に限る。以下この注において「理学療法士等」という。）を１名以上配置していること。

イ　利用者の運動器の機能を利用開始時に把握し、理学療法士等、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。

ウ　利用者ごとの運動器機能向上計画に従い理学療法士等、介護職員その他の職種の者が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。

エ　利用者ごとの運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価していること。

オ　改正前通所介護費等算定方法第１５号に規定する基準のいずれにも該当しない指定通所型サービスＡ事業所であること。この場合において、同号中「指定介護予防通所介護」とあるのは「通所型サービスＡ」と、「指定介護予防通所介護事業所」とあるのは「指定通所型サービスＡ事業所」と、「看護職員又は介護職員」とあるのは「従事者」と読み替えるものとする。

（４）　栄養改善加算　１５０単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及び第５号において「栄養改善サービス」という。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

ア　当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していること。

イ　利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士その他の職種の者（以下この注において「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

ウ　利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

エ　利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。

オ　改正前通所介護費等算定方法第１５号に規定する基準のいずれにも該当しない指定通所型サービスＡ事業所であること。この場合において、同号中「指定介護予防通所介護」とあるのは「通所型サービスＡ」と、「指定介護予防通所介護事業所」とあるのは「指定通所型サービスＡ事業所」と、「看護職員又は介護職員」とあるのは「従事者」と読み替えるものとする。

（５）　口腔機能向上加算　１５０単位

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及び次号において「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

ア　言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置していること。

イ　利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、従業者その他の職種の者が共同して、利用者ごと

の口腔機能改善管理指導計画を作成していること。

ウ　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。

エ　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。

オ　改正前通所介護費等算定方法第１５号に規定する基準のいずれにも該当しない指定通所型サービスＡ事業所であること。この場合において、同号中「指定介護予防通所介護」とあるのは「通所型サービスＡ」と、「指定介護予防通所介護事業所」とあるのは「指定通所型サービスＡ事業所」と、「看護職員又は介護職員」とあるのは「従事者」と読み替えるものとする。

（６）　選択的サービス複数実施加算

注　次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、市長に届け出た指定通所型サービスＡ事業所が、利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスのいずれも実施した場合に、１月につき４８０単位を所定単位数に加算する。ただし、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、算定しない。

ア　栄養改善サービス及び口腔機能サービス（以下「選択的サービス」）のうち、２種類のサービスを実施していること。

イ　利用者が通所型サービスの提供を受けた日において選択的サービスを行っていること。

ウ　利用者に対し、選択的サービスのうちいずれかのサービスを１月につき２回以上行っていること。

（７）　生活機能向上連携加算　２００単位

注　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の一部を改正する告示（令和３年厚生労働省告示第７３号）第２８条の規定による改正前の厚生労働大臣が定める基準（平成２７年厚生労働省告示第９５号。以下「改正前基準告示」という。）第１５号の２に規定する基準に適合しているものとして市長に届け出た指定通所型サービスＡ事業所において、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と共同で、利用者の身体の状況等の評価を行い、個別機能訓練計画を作成した場合には、１月につき所定単位数を加算する。

（８）　栄養スクリーニング加算　５単位

注　改正前基準告示第１９号の２に規定する基準に適合する指定通所型サービスＡ事業所の従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の栄養状態についての確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供した場合に、１回につき所定単位数を加算する。ただし、当該利用者について、当該事業所以外で既に栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定せず、当該利用者が栄養改善加算の算定に

係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、算定しない。

（９） 第９条に規定する合計額の算定に当たっては、第１号の注３の規定による加算の合計額を控除するものとする。

３ 通所型サービスＣ費

（１） 通所型サービスＣ費 ３１０単位（１回につき）

注１ 通所型サービスＣ費に係る算定回数の限度は週１回までとし、算定期間の限度は６か月間までとする。

注２ 利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護若しくは介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、通所型サービスＣ費は、算定しない。

注３ 利用者が一の指定通所型サービスＣ事業所において通所型サービスＣを受けている間は、当該指定通所型サービスＣ事業所以外の指定通所型サービスＣ事業所が通所型サービスＣを行った場合に、通所型サービスＣ費は、算定しない。

注４ 利用者が一の指定通所型サービスＣ事業所において通所型サービスＣを受けている間は、指定介護予防通所介護相当サービス事業所等が介護予防通所介護相当サービス等を行った場合に、介護予防通所介護相当サービス費又は共生型通所型サービス費は、算定しない。

注５ 利用者が一の指定通所型サービスＣ事業所において通所型サービスＣを受けている間は、指定通所型サービスＡ事業所が通所型サービスＡを行った場合に、通所型サービスＡ費は、算定しない。

（２） 栄養改善加算 １５０単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出て、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及び(４)において「栄養改善サービス」という。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

ア 当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していること。

イ 利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士その他の職種の者（以下この注において「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。

ウ 利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。

エ 利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。

（３） 口腔機能向上加算 １５０単位

注 次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして市長に届け出

て、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注及び(４)において「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、１月につき所定単位数を加算する。

ア　歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置していること。

イ　利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、歯科医師、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、従事者その他の職種の者（以下「歯科医師等」という。）が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。

ウ　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い歯科医師等が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。

エ　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。

（４）　選択的サービス複数実施加算

注　前２号に規定する基準に適合しているものとして、市長に届け出た指定通所型サービスＣ事業所が、利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスのいずれも実施した場合に、１月につき４８０単位を所定単位数に加算する。ただし、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定している場合は、算定しない。

別表第３（第７条関係）

１　ケアマネジメントＡ費（１月につき）　４３８単位

注　令和３年９月３０日までの間は、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。小数点以下の端数処理は四捨五入とするが、端数処理の結果、上乗せされる単位数が１単位に満たない場合は、１単位に切り上げて算定する。

（１）　初回加算　３００単位

注　地域包括支援センター等において、利用者に対し、新規にケアマネジメントＡを行った場合については、初回加算として、１月につき所定単位数を加算する。

（２）　委託連携加算　３００単位

注　地域包括支援センターが利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３８号）第２条第１項に規定する指定介護支援事業所をいう。以下同じ。）に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協

力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者１人につき１回を限度として所定単位数を加算する。

２　ケアマネジメントＢ費（１月につき）　３５５単位

注　令和３年９月３０日までの間は、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。小数点以下の端数処理は四捨五入とするが、端数処理の結果、上乗せされる単位数が１単位に満たない場合は、１単位に切り上げて算定する。

（１）初回加算　３００単位

注　地域包括支援センター等において、利用者に対し、新規にケアマネジメントＢを行った場合については、初回加算として、１月につき所定単位数を加算する。

３　ケアマネジメントＣ費（１回につき）　４３８単位

注　令和３年９月３０日までの間は、所定単位数の千分の千一に相当する単位数を算定する。小数点以下の端数処理は四捨五入とするが、端数処理の結果、上乗せされる単位数が１単位に満たない場合は、１単位に切り上げて算定する。

（１）初回加算　３００単位

注　地域包括支援センター等において、利用者に対し、新規にケアマネジメントＣを行った場合については、初回加算として、１月につき所定単位数を加算する。

（２）委託連携加算　３００単位

注　地域包括支援センターが利用者に提供する介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３８号）第２条第１項に規定する指定介護支援事業所をいう。以下同じ。）に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所におけるケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者１人につき１回を限度として所定単位数を加算する。

４　この表において、ケアマネジメントＡとは現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様の介護予防ケアマネジメントを、ケアマネジメントＢとはサービス担当者会議を省略したケアプランを作成し、必要に応じてモニタリング時期を設定した上で、評価及びケアプランの変更を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを、ケアマネジメントＣとは訪問型サービスＢ又は通所型サービスＢのみの利用を開始するときに行う介護予防ケアマネジメントをいう。

様式第１号（第６条関係）

（宛先）高松市長

基本チェックリスト及びアセスメント実施申請書

次のとおり基本チェックリスト及びアセスメントの実施を申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">申請年月日</td><td colspan="4">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="7">対象者</td><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>生年月日
年　齢</td><td>年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">電話番号</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒　　高松市　　町　　番地
番　　号</td></tr>
<tr><td>要介護認定</td><td colspan="2">未申請　要支援：１・２</td><td colspan="2">有効期間：　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="3">生活場所</td><td colspan="4">自 宅</td></tr>
<tr><td colspan="4">入院中（病院名　　電話番号　　）
退院予定日：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="4">その他（施設名　　電話番号　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">相談者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>対象者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">困っていること</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">相談に来た理由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

介護予防ケアマネジメントを作成する地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者が、基本チェックリスト及びアセスメント結果を利用し、主治医等に連絡することについて同意します。

対象者氏名（自筆）

家族代筆者氏名

様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

様

高松市長

基本チェックリスト実施結果通知書

年　　月　　日付けで申請のあった基本チェックリストの実施結果を、次のとおり通知します。

被保険者番号											被保険者氏名	

実施結果

有効期間開始日

様式第２号の２（第８条関係）

高松市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業支給費支給申請書

被保険者	フリガナ		保険者番号											
	氏名													
	生年月日		被保険者番号											
	住所	〒 電話番号												
支払金額合計		円												
申請理由														

（宛先）高松市長

上記のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業支給費の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　電話番号

介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業支給費を次の支払方法により処理してください。

支払方法依頼欄	□　現金払い														
	□　口座振替														
	口座振替先	銀行 農協				店			種　目	口座番号					
		金融機関コード				店舗コード			1　普通預金 2　当座預金						
		フリガナ													
		口座名義人													

注　この申請書の裏面に、該当月分の領収証及びサービス提供証明書等を添付してください。

市記入欄

区分		備考
有効期間	年　月　日～　　年　月　日	
負担割合		

様式第２号の３（第１０条の２関係）

介護予防・生活支援サービス利用者負担額減額・免除認定申請書

<table>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">保険者番号</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　　名</td><td rowspan="2"></td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">被保険者番号</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td></td><td>住　　所</td><td colspan="13">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者負担額の減額・免除の認定を申請する理由</td><td colspan="13"></td></tr>
<tr><td colspan="15">（宛先）高松市長

上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所
氏名　　電話番号</td></tr>
</table>

市記入欄

交付年月日	備　　考
年　　月　　日	
適用年月日	
年　　月　　日 から	
年　　月　　日 まで	

様式第２号の４（第１０条の２関係）

高　第　　号

年　　月　　日

様

高松市長

介護予防・生活支援サービス利用者負担額減額・免除認定（不認定）通知書

年　　月　　日付けで申請のあった利用者負担額減額・免除認定については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号										

決定年月日	年　　月　　日
決　定　事　項	
１　認定する	適用年月日　　年　　月　　日 第１号事業支給費給付率を　　とする。 有効期限　　年　　月　　日
２　認定しない	理　由

教示　この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、高松市長に審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴え（以下「処分の取消しの訴え」といいます。）は前記の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に、高松市を被告（高松市長が被告の代表者となります。）として提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、①審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第２号の５（第１０条の２関係）

（表面）

介護予防・生活支援サービス利用者負担額減額・免除認定証

交付年月日　　年　　月　　日

被保険者	番号	
	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
	適用年月日	年　　月　　日　から
	有効期限	年　　月　　日　まで
減額・免除認定事項		
保険者番号並びに保険者の名称及び印		高松市

（裏面）

注意事項

一　介護予防・生活支援サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者の窓口に提出してください。

二　介護予防・生活支援サービスを受けるときに支払う金額は、介護予防・生活支援サービス事業に必要な費用から当該費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。

三　被保険者の資格がなくなったとき、総合事業の対象者に該当しなくなったとき、減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除の認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を高松市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四　この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、高松市にその旨を届け出てください。

五　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考　この証の大きさは、縦１２８ミリメートル、横９１ミリメートルとする。

様式第３号（第１３条関係）

（表）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申請者　主たる事務所の所在地
名　　称
代表者の氏名

高松市介護予防・生活支援サービス事業者指定（更新）申請書

高松市介護予防・生活支援サービス事業者の指定（更新）を受けたいので、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="8">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="5">〒
（ビルの名称等）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>ＦＡＸ番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>法人の種別</td><td colspan="2"></td><td>法人の所轄庁</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>代表者の職名・氏名・生年月日</td><td>職名</td><td></td><td>フリガナ
氏名</td><td></td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>代表者の住所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="12">指定（更新）を受けようとする事業所の種類</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>事業所の所在地</td><td colspan="4">〒
（ビルの名称等）</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業等の種類</td><td>指定申請をする事業（事業開始予定年月日）</td><td>指定更新申請をする事業（現に受けている指定の有効期間満了日）</td><td>付表</td></tr>
<tr><td rowspan="5">訪問型サービス</td><td>介護予防訪問介護相当サービス</td><td></td><td></td><td>1</td></tr>
<tr><td>共生型訪問型サービス</td><td></td><td></td><td>2</td></tr>
<tr><td>訪問型サービスＡ（Ａ－１）</td><td></td><td></td><td rowspan="3">3</td></tr>
<tr><td>訪問型サービスＡ（Ａ－２）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>訪問型サービスＡ（Ａ－３）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">通所型サービス</td><td>介護予防通所介護相当サービス</td><td></td><td></td><td>4</td></tr>
<tr><td>共生型通所型サービス</td><td></td><td></td><td>5</td></tr>
<tr><td>通所型サービスＡ</td><td></td><td></td><td>6</td></tr>
<tr><td>通所型サービスＣ</td><td></td><td></td><td>7</td></tr>
</table>

（裏）

介護保険事業所番号（既に指定を受けている場合）										
障害福祉サービス事業所番号（共生型訪問型サービス又は共生型通所型サービスに係る指定を受けようとする事業所であって、既に障害福祉サービス事業所の指定を受けている場合）										

備考

1　「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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。

2　「法人の所轄庁」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入してください。

3　「指定申請をする事業」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入してください。

4　この申請書には、指定（更新）を受けようとする事業所の種類ごとに市長が別に定める書類を添付してください。

付表１　介護予防訪問介護相当サービスの指定（更新）に係る記載事項

当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。
□訪問介護　□介護予防訪問介護相当サービス　□共生型訪問型サービス
□訪問型サービスＡ（Ａ－１）　□訪問型サービスＡ（Ａ－２）　□訪問型サービスＡ（Ａ－３）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	〒 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		Email			

管理者	フリガナ		住所	〒
	氏　名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無			□有　□無
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		

提供責任者（サービス）	フリガナ		住所	〒
	氏　名			
	フリガナ		住所	〒
	氏　名			

従業者の職種・員数(一体的に実施する訪問介護事業所を含む)		訪問介護員等	
		専　従	兼　務
	常勤（人）		
	非常勤（人）		
	常勤換算後の人数（人）		
	※基準上の必要人数（人）		
	※適合の可否		
利用者の推定数（人）			
主な掲示事項	営業日		
	営業時間		
	利用料	法定代理受領分	
		法定代理受領分以外	
	その他の費用		
	通常の事業実施地域		

【添付書類】
別添のとおり

備考
１　※印の欄は、記入しないでください。
２　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
３　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

付表２　共生型訪問型サービスの指定（更新）に係る記載事項

当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。

□訪問介護　□介護予防訪問介護相当サービス　□共生型訪問型サービス
□訪問型サービスＡ（Ａ－１）　□訪問型サービスＡ（Ａ－２）　□訪問型サービスＡ（Ａ－３）

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	〒 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		Email			

管理者	フリガナ		住所	〒
	氏　名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無			□有　□無
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	事業所等の名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		

提供責任者（サービス）	フリガナ		住所	〒
	氏　名			
	フリガナ		住所	〒
	氏　名			

従業者の職種・員数（一体的に実施する訪問介護事業所を含む）		訪問介護員等	
		専　従	兼　務
	常勤（人）		
	非常勤（人）		
	常勤換算後の人数（人）		
	※基準上の必要人数（人）		
	※適合の可否		
利用者の推定数（人）			

主な掲示事項	営業日	
	営業時間	
	利用料	法定代理受領分
		法定代理受領分以外
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	

【添付書類】
別添のとおり

備考
1　※印の欄は、記入しないでください。
2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

付表３　訪問型サービスＡの指定（更新）に係る記載事項

当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。
□訪問介護　□介護予防訪問介護相当サービス　□共生型訪問型サービス
□訪問型サービスＡ（Ａ－１）　□訪問型サービスＡ（Ａ－２）　□訪問型サービスＡ（Ａ－３）

<table>
<tr><td rowspan="5">事業所</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">所在地</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td colspan="4">（ビルの名称等）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>ＦＡＸ番号</td><td></td></tr>
<tr><td>Email</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">管理者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="3">住所</td><td rowspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">訪問介護員等との兼務の有無</td><td colspan="2">□有　　□無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）</td><td>事業所等の名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>兼務する職種及び勤務時間等</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">訪問事業責任者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">住所</td><td rowspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">住所</td><td rowspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
</table>

従業者の職種・員数		従事者	
		専　従	兼　務
	常勤（人）		
	非常勤（人）		
利用者の推定数（人）			
主な掲示事項	営業日		
	営業時間		
	利用料	法定代理受領分	
		法定代理受領分以外	
	その他の費用		
	通常の事業実施地域		

【添付書類】
別添のとおり

備考
1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
2　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

付表４　介護予防通所介護相当サービスの指定（更新）に係る記載事項

（表）

当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。

□通所介護　□介護予防通所介護相当サービス　□共生型通所型サービス
□通所型サービスＡ　□通所型サービスＣ

事業所	フリガナ				
	名　　称				
	所在地	〒 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	〒	
	氏　　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
実施単位数	単位				
同時に介護予防通所介護相当サービス（若しくは一体的に実施する通所介護又は通所型サービスＡ）の提供を受けることができる利用者の数の上限			人		

単位別従業者の職種・員数（一体的に実施する（介護予防）通所介護事業所を含む。）	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）								
非常勤（人）								
※基準上の必要人数（人）								
※適合の可否								

食堂及び機能訓練室の合計面積	※基準上の必要数値	※適合の可否
㎡	㎡以上	

主な掲示事項		
	営業日	
	営業時間（単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。））	（①　：　～　：　②　：　～　： ③　：　～　：　）
	利用定員	人（単位ごとの定員①　　人、②　　人、③　　人）
	利用料	法定代理受領分
		法定代理受領分以外
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	

【添付書類】
別添のとおり

備考

1　※印の欄は、記入しないでください。
2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
4　事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別様に記載し添付してください。

（裏）

介護予防通所介護相当サービス

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載してください。

単位別従業者の職種･員数(一体的に実施する通所介護事業所若しくは通所型サービスＡを含む。)		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）								
	非常勤（人）								
	※基準上の必要人数（人）								
	※適合の可否								

付表５　共生型通所型サービスの指定（更新）に係る記載事項

（表）

当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。

□通所介護　□介護予防通所介護相当サービス　□共生型通所型サービス
□通所型サービスＡ　□通所型サービスＣ

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	〒 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	〒	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
実施単位数	単位				
同時に介護予防通所介護相当サービス（若しくは一体的に実施する通所介護）の提供を受けることができる利用者の数の上限	人				

単位別従業者の職種・員数（一体的に実施する通所介護事業所を含む。）	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）								
非常勤（人）								
※基準上の必要人数（人）								
※適合の可否								

食堂及び機能訓練室の合計面積	※基準上の必要数値	※適合の可否
㎡	㎡以上	

主な掲示事項		
	営業日	
	営業時間（単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。））	（①　：　～　：　②　：　～　： ③　：　～　：　）
	利用定員	人（単位ごとの定員①　人、②　人、③　人）
	利用料	法定代理受領分
		法定代理受領分以外
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	

【添付書類】
別添のとおり

備考

1　※印の欄は、記入しないでください。
2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
4　事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別様に記載し添付してください。

（裏）

共生型通所型サービス

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載してください。

単位別従業者の職種・員数（一体的に実施する通所介護事業所を含む。）		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）								
	非常勤（人）								
	※基準上の必要人数（人）								
	※適合の可否								

付表６　通所型サービスＡの指定（更新）に係る記載事項

（表）

当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。

□通所介護　□介護予防通所介護相当サービス　□共生型通所型サービス
□通所型サービスＣ

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所 在 地	〒 （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	〒	
	氏　　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			
実施単位数	単位				
同時に通所型サービスＡ（若しくは一体的に実施する通所介護又は介護予防通所介護相当サービス）の提供を受けることができる利用者の数の上限					人

単位別従業者の職種・員数	従事者	
	専　従	兼　務
常勤（人）		
非常勤（人）		
※基準上の必要人数（人）		
※適合の可否		

食堂及び機能訓練室の合計面積	※基準上の必要数値	※適合の可否
㎡	㎡以上	

主な掲示事項	営業日	
	営業時間(単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。))	（①　：　～　：　②　：　～　： ③　：　～　：　）
	利用定員	人（単位ごとの定員①　人、②　　人、③　人）
	利用料	法定代理受領分
		法定代理受領分以外
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	

【添付書類】
別添のとおり

備考

1　※印の欄は、記入しないでください。
2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
4　事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別様に記載し添付してください。

（裏）

通所型サービスＡ

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載してください。

単位別従業者の職種・員数	従事者	
	専従	兼務
常勤（人）		
非常勤（人）		
※基準上の必要人数（人）		
※適合の可否		

付表７　通所型サービスＣの指定（更新）に係る記載事項

（表）

当該事業所と同一所在地で提供する全てのサービスにチェック印を付けてください。

□通所介護　□介護予防通所介護相当サービス　□共生型通所型サービス
□通所型サービスＣ

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	〒 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		ＦＡＸ番号	
		Email			

管理者	フリガナ		住所	〒
	氏　名			
	生年月日			
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入）	事業所等の名称		
		兼務する職種及び勤務時間等		

実施単位数	単位	
同時に通所型サービスＣの提供を受けることができる利用者の数の上限		人

単位別従業者の職種・員数	従事者		機能訓練指導員又は健康運動指導士	
	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）				
非常勤（人）				
※基準上の必要人数（人）				
※適合の可否				

機能訓練室の合計面積	※基準上の必要数値	※適合の可否
㎡	㎡以上	

主な掲示事項	営業日	
	営業時間（単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。））	（①　：　～　：　②　：　～　： ③　：　～　：　）
	利用定員	人（単位ごとの定員①　人、②　人、③　人）
	利用料	法定代理受領分
		法定代理受領分以外
	その他の費用	
	通常の事業実施地域	

【添付書類】
別添のとおり

備考

1　※印の欄は、記入しないでください。
2　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
3　管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
4　事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、２単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別様に記載し添付してください。

（裏）

通所型サービスＣ

実施単位数が複数の場合は、単位ごとに下記について記載してください。

単位別従業者の職種・員数	従事者		機能訓練指導員又は健康運動指導士	
	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）				
非常勤（人）				
※基準上の必要人数（人）				
※適合の可否				

様式第４号（第１３条関係）

高松市指令　第　　号

高松市介護予防・生活支援サービス事業者 指定／指定更新 通知書

介護保険法 第１１５条の４５の３第１項／第１１５条の４５の６第１項 の規定により、高松市介護予防・生活支援サービス事業者として 指定／指定を更新 します。

年　　月　　日

高松市長

介護保険事業所番号	
事業所の名称	
事業所の所在地	
サービスの種類	
指定の有効期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

様式第５号（第１５条関係）

（表）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申 請 者　主たる事務所の所在地

名　　称

代表者の氏名

高松市介護予防・生活支援サービス事業変更届

次のとおり指定を受けた内容を変更したので、届けます。

介護保険事業所番号										

指定内容を変更した事業所	名　称	
	所在地 電話番号（　　）　　－	
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス	
	共生型訪問型サービス	
	訪問型サービスＡ（Ａ－１）	
	訪問型サービスＡ（Ａ－２）	
	訪問型サービスＡ（Ａ－３）	
	介護予防通所介護相当サービス	
	共生型通所型サービス	
	通所型サービスＡ	
	通所型サービスＣ	

変更があった事項		変更の内容
1	事業所の名称	(変更前)
2	事業所の所在地	
3	申請者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の職名、氏名、生年月日及び住所	
6	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	(変更後)
7	事業所の建物の構造、専用区画等	
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
9	サービス提供責任者及び訪問事業責任者の氏名及び住所	
10	運営規程	
変　更　年　月　日		年　　月　　日
担当者名（連絡先　電話番号）		（　－　－　）

備考

１　変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第６号（第１５条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申請者　主たる事務所の所在地
名　　称
代表者の氏名

高松市介護予防・生活支援サービス事業者廃止・休止届

次のとおり事業の廃止・休止をしたいので、届けます。

	介護保険事業所番号	
事　業　所	名称	
	所在地 電話番号	
届出の種別	廃止・休止	
サービスの種類		
廃止・休止しようとする年月日	年　月　日	
廃止・休止しようとする理由		
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置		
休止の場合はその予定期間	年　月　日～　年　月　日	

備考　廃止し、又は休止しようとする日の１月前までに提出してください。

様式第７号（第１５条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申請者　主たる事務所の所在地
名　　称
代表者の氏名

高松市介護予防・生活支援サービス事業者再開届

事業を再開したので、次のとおり届けます。

	介護保険事業所番号	
事　業　所	名称 所在地 電話番号	
サービスの種類		
再開年月日	年　　月　　日	

備考

１　再開した事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

２　再開の日から１０日以内に提出してください。

様式第８号（第１６条関係）

様

高松市長

高松市介護予防・生活支援サービス事業者取消・停止通知書

法第１１５条の４５の９の規定により、次のとおり高松市介護予防・生活支援サービス事業者の指定を取り消し（停止し）たので通知します。

１　事業者名
２　代表者の職名及び氏名
３　事業所（施設）の名称及び所在地
４　介護保険事業所番号
５　サービスの種類
６　指定取消・停止年月日

教示　この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に高松市長に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内（前記の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内）に、高松市を被告（高松市長が被告の代表者となります。）として提起することができます。

ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、正当な理由があるときを除き、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第９号（第１７条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地

団　体　名

代表者氏名

電 話 番 号

高松市訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ実施届出書

訪問型サービスＢ
通所型サービスＢ を実施したいので、高松市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第１７条第１項の規定により届けます。

<table>
<tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>ファクシミリ番号</td><td></td></tr>
<tr><td>実施するサービスの種類</td><td colspan="4">訪問型サービスＢ　・　通所型サービスＢ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">サービス開始予定年月日</td><td>訪問型サービスＢ</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>通所型サービスＢ</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">サービス提供場所（通所型サービスＢを実施する場合に記入）</td><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>利用料の額</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td colspan="5">【添付書類】
別添のとおり（従事者の名簿、従事者の資格を証明する書類の写し、組織体制図、サービス提供場所の平面図、利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要その他市長が必要と認める書類）</td></tr>
</table>

様式第１０号（第１７条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地
団　体　名
代表者氏名
電 話 番 号

高松市訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ届出事項変更届

次のとおり届け出た事項を変更したので、届けます。

<table>
<tr><td colspan="2">サービスの種類</td><td>訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更があった事項</td><td>変更の内容</td></tr>
<tr><td>1</td><td>団体の名称</td><td rowspan="4">（変更前）</td></tr>
<tr><td>2</td><td>団体の所在地</td></tr>
<tr><td>3</td><td>代表者の氏名</td></tr>
<tr><td>4</td><td>主たる事務所の所在地</td></tr>
<tr><td>5</td><td>サービス提供場所の名称（通所型サービスＢの場合のみ記入）</td><td rowspan="4">（変更後）</td></tr>
<tr><td>6</td><td>サービス提供場所の所在地（通所型サービスＢの場合のみ記入）</td></tr>
<tr><td>7</td><td>利用料の額</td></tr>
<tr><td>8</td><td>その他</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
</table>

備考

１　変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第１１号（第１７条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地

団　体　名

代表者氏名

電 話 番 号

高松市訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ廃止・休止届

次のとおり事業の廃止・休止をしたいので、届けます。

届出の種別	廃止・休止
サービスの種類	訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ
サービス提供場所（通所型サービスＢの場合のみ記入）	名称 所在地
廃止・休止しようとする年月日	年　　月　　日
廃止・休止しようとする理由	
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置	
休止の場合はその予定期間	年　月　日　～　年　月　日

備考　廃止し、又は休止しようとする日の１月前までに提出してください。

様式第１２号（第１７条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

届出者　所　在　地
団　体　名
代表者氏名
電 話 番 号

高松市訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ再開届

次のとおり休止したサービスを再開したので、届けます。

サ ー ビ ス の 種 類	訪問型サービスＢ・通所型サービスＢ
サ ー ビ ス 提 供 場 所（通所型サービスＢの場合のみ記入）	名称 所在地
再　開　年　月　日	年　　月　　日

備考

１　再開したサービスに係る従事者の組織体制に関する書類を添付してください。

２　再開の日から１０日以内に提出してください。

様式第１３号（第１８条関係）

高額介護予防サービス相当費支給申請書

被保険者	フリガナ		保険者番号	
	氏　　名		被保険者番号	
	生年月日	年　　月　　日		
	住　　所	〒　　電話番号		

		氏　　名	生年月日	被保険者番号
世帯構成	世帯主		年　　月　　日	
	世帯員		年　　月　　日	
			年　　月　　日	
			年　　月　　日	

（宛先）高松市長

上記のとおり、高額介護予防サービス相当費の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号　　（　　）

氏名

注意　この申請書を提出することによって、高額介護予防サービス相当費の支給の対象となった場合は自動的に下記口座に振り込まれます。なお、口座番号等申請内容に変更があった場合は届出が必要です。

高額介護予防サービス相当費を次の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行・金庫 農協・漁協 信用金庫・組合	本店 支店 出張所	種　目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金	
	フリガナ			
	口座名義人			

※　被保険者と口座名義人が異なる場合は、下記に御記入ください。

（委任状）

高額介護予防サービス相当費の受領に係る権限を下記の口座名義人に委任します。

委任者（被保険者）　　氏名　　㊞

受任者（口座名義人）　　住所・氏名

㊞

続柄（　　）電話番号（　　）

市記入欄

様式第１４号（第１９条関係）

高額医療合算介護予防サービス相当費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ

（保険者等記入欄）

支給申請書整理番号	

フリガナ		生年月日	年　月　日　生	計算期間の始期及び終期	年　月　～　年　月
氏　名					

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1.世　帯　主 2.擬制世帯主 3.世　帯　員		年　月　日から　年　月　日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行・金庫 農協・漁協 信用金庫・組合	金融機関コード	本　店 支　店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
1．現金払い 2．口座振替							1．普通預金 2．当座預金 9．そ の 他		口座名義人		

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1		年　月　日から 年　月　日まで		
	2		年　月　日から 年　月　日まで		
	3		年　月　日から 年　月　日まで		

（宛先）　高松市長

年　月　日

① 上記対象者について、高額医療合算介護予防サービス相当費の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、①・②のいずれも○印で囲んでください。
高額医療合算介護予防サービス相当費の支給申請を行う場合は、①のみを○印で囲んでください。

申請者　住所

氏名

電話番号

	枚中		枚目