

日常生活継続支援加算に関する届出書  
(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設)

|        |                                                                                     |                               |                               |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 事業所名 |                                                                                     |                               |                               |
| 2 異動区分 | <input type="checkbox"/> 1 新規                                                       | <input type="checkbox"/> 2 変更 | <input type="checkbox"/> 3 終了 |
| 3 施設種別 | <input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型介護老人福祉施設        |                               |                               |
| 4 届出項目 | <input type="checkbox"/> 1 日常生活継続支援加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 日常生活継続支援加算 (Ⅱ) |                               |                               |

|                            |                                                               |                                           |   |       |                                                                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 入所者の<br>状況及び介護<br>福祉士の状況 | 入所者の状況<br>(下表については①を記載した場合は②若しくは③のいずれかを、④を記載した場合は⑤を必ず記載すること。) |                                           |   | 有 ・ 無 |                                                                                       |
|                            | ①                                                             | 前6月又は前12月の新規新規入所者の総数                      | 人 |       | ①に占める<br>②の割合が<br>70%以上<br><br>①に占める<br>③の割合が<br>65%以上<br><br>④に占める<br>⑤の割合が<br>15%以上 |
|                            | ②                                                             | ①のうち入所した日の要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の数          | 人 |       |                                                                                       |
|                            | ③                                                             | ①のうち入所した日の日常生活自立度がランクⅢ、Ⅳ又はⅤに該当する者の数       | 人 |       |                                                                                       |
|                            | ④                                                             | 入所者総数                                     | 人 |       |                                                                                       |
|                            | ⑤                                                             | ①のうち社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の数 | 人 |       |                                                                                       |
|                            | 介護福祉士の割合                                                      |                                           |   |       | 介護福祉士数：入所者数が1：6以上                                                                     |
|                            | 介護福祉士数                                                        | 常勤換算                                      | 人 |       |                                                                                       |
|                            |                                                               |                                           |   |       |                                                                                       |

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

備考2 ①で前6月（前12月）の新規入所者の総数を用いる場合、②及び③については、当該前6月（前12月）の新規入所者の総数に占めるそれぞれの要件に該当する者の数を記載してください。