

サービス提供体制強化加算に関する確認書
【(介護予防)通所リハビリテーション・前年度実績6ヶ月未満】

色つきのセルに入力してください

- ※ 勤務形態一覧表の添付は不要です。
※ 算定を行うサービス提供体制強化加算の種類に○をつけてください。

Table with 3 columns: 加算種類 (加算I, II, III), 要件 (70%以上, 50%以上, 40%以上), 対象職種 (介護福祉士, 理学療法士等)

就業規則に定める常勤職員1ヶ月間の勤務時間数 [ ] 時間 ... ③

Main table with columns: 名前, 職種・資格, 届出月前3ヶ月の勤務時間数 (月, 月, 月, 3ヶ月計), 要件充足職員に○, 加算I/II/IIIの年月日

記載要領
※職員割合の算定に関らない職員は記載しないでください。
※職員欄が足りない場合は、行を追加して使用ください。

以下は自動計算されます

届出月前3ヶ月間の全職員勤務時間数合計 [ ] 時間 ... ①

届出月前3ヶ月間における加算算定要件合致職員の勤務時間数合計 [ ] 時間 ... ②

[ ] ...② ÷ ( [ ] ...③ × 3 ) = 常勤換算 [ ] 人 ...A1

[ ] ...① ÷ ( [ ] ...③ × 3 ) = 常勤換算 [ ] 人 ...A2

[ ] 人 ...A1 ÷ [ ] 人 ...A2 = [ ]