軽度化加算算定届出書

　　　　　年　　月　　日

（宛先）箕面市長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 法人所在地  法人名称  代表職・氏名 |

下記のとおり軽度化加算の要件を満たしたことを確認したため、軽度化加算を算定することを届け出ます。

記

【加算要件・手続き等】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 確認事項 | 確認欄☑ |
| ① | 加算算定対象者が、当該通所型サービスＡ事業所の利用者であるまたは利用者であった。 | ☐ |
| ②-1 | 当該通所型サービスＡ事業所を利用した結果、加算算定対象者の要介護認定の結果が軽度化（（ｲ）要支援２→要支援１、（ﾛ）要支援２→事業対象者非該当、（ﾊ）要支援１→事業対象者非該当、（ﾆ）事業対象者→事業対象者非該当のいずれか）した。 | ☐ |
| ②-2 | ②-1を満たさない場合は、次のいずれかを満たしていること。 | ☐ |
| a)加算算定対象者の介護予防サービス・支援計画書または介護予防ケアマネジメント計画に記載されている事業対象者の基本チェックリストの結果において、当該通所型サービスＡ事業所利用前に二次予防事業対象者の基準に達していた全ての項目について、当該通所型サービスＡ事業所利用後に、二次予防事業対象者の基準を下回っている。  　※二次予防事業対象者の基準  運動機能３／５点、栄養状態２／２点、口腔機能２／３点、  生活全般１０／２０点  　※当該計画書（改善前・後）の写しの添付が必要。 |
| b)加算算定対象者について介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを行った事業所が、市へ介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を区分「終了」で届け出ている。(状態改善により介護保険サービスを利用しなくなった場合に限る。)  　※介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを行った事業所名を【通所型サービスＡ事業所の利用状況】欄に記載することが必要。 |
| ③ | 加算算定対象者が介護保険サービスを利用しなくなる場合においては、その理由が骨折等による入院や利用者都合を原因とするものではない。 | □ |
| ④ | 軽度化加算の対象期間は、軽度化確認前の最終利用月から１２ヶ月を上限として遡って算定できる。 | ☐ |
| ⑤ | 箕面市健康福祉部高齢福祉室へ本届出を行う。 | ☐ |

【利用者情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 生 年 月 日 | 年　　　月　　　日 |
| 保険者名 | 箕面市 |

【通所型サービスＡ事業所の利用状況】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| サービス内容 | 記載例：週２回（月曜・木曜）、１回３時間の利用。バイタル測定後、椅子に座った状態での体操及び歩行訓練を実施。レクリエーション（合唱や脳トレ）に参加し他の利用者等との会話・交流を持つ。 | | | |
| 利用期間 | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | | |
| 軽度化加算を  算定する期間 | 年　　　月から  年　　　月まで | | | |
| 介護認定状況 | 軽度化前 | 要支援２　要支援１  事業対象者 | 軽度化後 | 要支援１  事業対象者非該当 |
| 要介護認定日 | 軽度化前：　　　　年　　　月　　　日 | | 軽度化後：　　　　年　　月　　日 | |
| 計画書 | ②-2 a)の場合、状態改善前後の介護予防サービス・支援計画書等を添付 | | | |
| 介護予防支援等事業所名 | ②-2 b)の場合、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業所名を記載 | | | |