**年　　月　　日届出**

**「総合事業費算定に係る体制等に関する届出書」に係る自己点検表**

**【訪問型サービス】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  | 連絡先※ | 職氏名：TEL:　　　　　　　　　　 |

* 本届出に係る補正依頼等に対応できる方の職氏名及び連絡先を記載してください。

各項目について、**（別紙１）総合事業費算定に係る体制等状況一覧表の記載内容を確認し、□にチェック**を入れてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出項目 |  | 自己点検内容 |
| 該当する体制等 | 特別地域加算 | 「2あり」の場合 | □　事業所の所在地は、特別地域加算の対象地域に該当しますか（→「対象地域一覧表」参照） |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） | 「2該当」の場合 | * 事業所の所在地は、特別地域加算の対象地域外ですか。

□　事業所の所在地は、「中山間地域等」に該当しますか（→「対象地域一覧表」参照） |
| 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） | 「2該当」の場合 | * 「算定要件確認表（中山間地域等における小規模事業所加算）」（参考様式2）を添付していますか。
 |
| 介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算 | 「1なし」以外の場合 | □　加算を算定する場合、別途「介護職員処遇改善加算届出書」等を提出していますか。 |
| 割引 | 「2あり」の場合 | □　「介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者による第１号事業支給費の割引に係る割引率の設定について」（別紙４）を添付していますか。 |

**□　該当項目に全てチェックし、添付書類を確認しましたか。**

**□　以下の提出書類が全て揃っていますか。**

**①本自己点検表　②別紙２　③別紙１　④添付書類（①で確認）**