**中山間地域等における小規模事業所加算に係る届出書**

参考様式１２

事業所名

サービス名

**地域に関する状況**

１　当該事業所又は当該事業所に属するサテライトの所在地（厚生労働大臣が定める中山間地域等の地域に該当する）を記入してください。

**規模に関する状況**

１　前年度のサービス提供実績が６ヶ月以上ある事業所の場合

（回、人）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 | １０月 | １１月 | １２月 | １月 | ２月 | 合計 | 月平均 |
| 延訪問回数（実利用者） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※月平均＝合計÷サービス提供月数

２　前年度のサービス提供実績が６ヶ月に満たない事業所の場合

（回、人）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 前３月 | 前２月 | 前１月 | 合計 | 月平均 |
| 延訪問回数（実利用者） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

※月平均＝合計÷３

※下の算定要件を確認してください。

・訪問介護は延訪問回数が200回以下／月（予防訪問介護は実利用者が5人以下／月）

・訪問入浴介護は延訪問回数が20回以下／月（予防訪問入浴介護は訪問回数が5回以下／月）

・訪問看護は延訪問回数が100回以下／月（予防訪問看護は訪問回数が5回以下／月）

・居宅介護支援は実利用者が20人以下／月

・福祉用具貸与は実利用者が15人以下／月（予防福祉用具貸与は実利用者数が5人以下／月）