

通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出書

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 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 移行支援加算

① 終了者数の状況	① 評価対象期間の通所リハビリテーション終了者数	人	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② ①のうち、指定通所介護等を実施した者の数(注1)	人	
	③ ①に占める②の割合	% → 3%超	
② 事業所の利用状況	① 評価対象期間の利用者延月数	月	有 ・ 無 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
	② 評価対象期間の新規利用者数	人	
	③ 評価対象期間の新規終了者数(注2)	人	
	④ $12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$	% → 27%以上	

注1：「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定地域密着型通所介護、指定（介護予防）認知症対応型通所介護、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が医療機関への入院、介護保険施設への入所、指定（介護予防）訪問リハビリテーション、指定（介護予防）通所リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等への移行である場合を含めない。

注2：評価対象期間に当該事業所の提供する指定通所リハビリテーションの利用を終了した者の数（入院、入所、死亡を含む。）

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。