

BCP未策定減算の加算届の記入例

(別紙3-2)

令和7年4月からのBCP未策定減算に係る届出の場合は、令和7年3月15日までに提出してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞
令和 7 年 3 月 1 日

(あて先) 三鷹市長

届出者 所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1
名 称 株式会社東京都介護サービス情報
代表者職・氏名 代表取締役 都庁 一郎

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名 称	カブシキガイシヤウキョウトカイゴサービスショウホウ 株式会社東京都介護サービス情報						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 163 - 8001) 東京 都 新宿 区 西新宿2-8-1 (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号	03-5321-1111			FAX番号	03-5321-0000	
	法人である場合その種別	株式会社			法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役			氏名	都庁 一郎	
	代表者の住所	(郵便番号 164 - ****) 東京 都 中野 区 ●●●2-2-2						
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	トヨウホウモンカンゴステーション 都庁訪問介護ステーション						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 163 - ****) 東京 都 新宿 区 西新宿1-1-1						
	連絡先	電話番号	03-5320-△△△△			FAX番号	03-5388-0000	
	主たる事業所の所在地以外の場所 で一部実施する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 -) 県 群市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
	管理者の氏名	都庁 次郎						
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分		異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)
	夜間対応型訪問介護	○	令和元年0月1日	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和7年4月1日	その他該当する体制等	☐ 1有	
	地域密着型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	療養通所介護							
	認知症対応型通所介護							
	小規模多機能型居宅介護							
	認知症対応型共同生活介護							
	地域密着型特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	複合型サービス			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	介護予防認知症対応型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
	介護予防認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
居宅介護支援			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了					
介護予防支援			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了					
介護保険事業所番号の記入漏れが無いようにしてください。								
指定を受けようとする事業		指定を受けようとする事業						
介護保険事業所番号		× × × × × × × × × × (指定を受けている場合)						
既に指定等を受けている事業								
医療機関コード等								
特記事項	変 更 前				変 更 後			
					業務継続計画(BCP)未策定減算 基準型			
関係書類		特記事項には、新たに取得する項目、変更する項目のみ入力してください。これまでに取得済みである加算項目については入力する必要はありません。特記事項に入力されている項目のみ適用といたします。						

備考1

「受付者

2

「法人

「財団法

3

「法人所

4

「実施事

5

「異動等

6

「異動項

人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。

7

「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8

「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

★令和7年4月からのBCP未策定減算に係る届出の場合は、記入例を参考に記載してください。

これらと合わせて他の加算の変更を届け出る場合は、変更前・後に該当加算名を記載の上、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等必要書類を添付ください。

「社団法人」

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。

。