

BCP未策定減算の加算届の記入例

(別紙50)

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。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者>

令和7年3月1日

(あて先) 三鷹市長

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。

		事業所所在地市町村番号				
届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシヤトウキョウ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 事業所の名称	トチ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種類	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定(許可) 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)
	訪問型サービス(独自)	○	令和元年〇月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
	訪問型サービス(独自・定率)	○	令和元年〇月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
	訪問型サービス(独自・定額)			□1新規 □2変更 □3終了		
	通所型サービス(独自)					
	通所型サービス(独自・定率)					
特記事項	介護保険事業所番号	× × × × × × × × × ×	×	変更後 業務継続計画(BCP)未策定減算 基準型		
	関係書類	別添の				

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。

異動(予定)年月日は、必ず記載してください。
令和7年4月1日からのBCP未策定減算に係る届出の場合は、
令和7年4月1日以降の日付を記載します。

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。

★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。

- 備考1 「受付番号」「法人の種別」「法人所轄庁」欄には、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」に掲げる項目を記載してください。
- 備考2 「実施事業」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 備考3 「異動等の区分」について、複数の出張所等を有する場合は、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。