埼玉県高齢者元気力アップ応援事業所認証事業

様式１

参　 加　 申　 込　 書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

　　埼玉県高齢者元気力アップ応援事業所認証事業（評価期間 令和７年１月から１２月）に

　参加したいので、以下のとおり参加申込書を提出します。

なお、当事業所及び運営する法人は、埼玉県高齢者元気力アップ応援事業所認証事業実施

要綱第５条に定める欠格条項には該当しません。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 事業所名等 | | | | | | |
| 通所介護事業所名 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 事業所番号 |  | | | | | |
| 担当者名 |  | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | |
| ２　事業所の利用状況（選択肢から該当するものを○で囲み、必要事項を記入ください） | | | | | | |
| 事業所規模 | ・通常規模型　　　・大規模型（Ⅰ・Ⅱ）　　・地域密着型(認知症対応型含む) | | | | | |
| 一月当たりの利用者数（令和６年1２月の状況） | 利用定員　　　人 | | | | 実人数　　　人 | 延べ人数　　　人 |
| ３　参加基準の達成状況（選択肢から該当するものを○で囲み、必要事項を記入ください） | | | | | | |
| (１)加算の状況  （令和７年４月の状況） | 個別機能訓練加算 | | | | ・算定有　　・算定予定（　　年　　月） | |
| 生活機能向上連携加算 | | | | ・算定有　　・算定予定（　　年　　月） | |
| ＡＤＬ維持等加算 | | | | ・算定有  ・加算（申出）の届出有  ・加算（申出）の届出(予定)有 | |
| (２)利用者の自立に向けた努力を評価、奨励する取組（今後、実施予定も含む。） | | | | | | |
| （取組の概要を簡潔に記載ください。） | | | | | | |
|  | | 事業所名 | |  | | |
| (３)研修の受講状況（該当するア～ウのいずれかに〇を付け、該当する□に✔を付けてください） | | | | | | |
| ア　当該事業に係るキックオフ研修会(平成31年1月18日)、又はステップアップ研修会(平成31年3月27日) | | | | | | |
| イ　認知症の研修（受講済の場合は年月、参加者氏名を記入） | | | | | | |
| 認知症介護実践研修（実践者研修） | | | 受講済(　　年　　月)(受講者　　　　　　　　 　)  受講予定 | | | |
| 認知症介護実践研修（実践リーダー研修） | | | 受講済(　　年　　月)(受講者　　　　　　 　　　)  受講予定 | | | |
| 認知症対応型サービス事業開設者研修 | | | 受講済(　　年　　月)(受講者　　　　　　　　 　)  受講予定 | | | |
| 認知症対応型サービス事業管理者研修 | | | 受講済(　　年　　月)(受講者　　　　　　 　　　)  受講予定 | | | |
| 認知症介護基礎研修 | | | 受講済(　　年　　月)(受講者　　　　　　　　　　)  受講予定 | | | |
| ウ　県と県立大学が実施する通所介護に関する研修  受講済(　　年　　月)(氏名　　　　　　　　　　　　)  受講予定  　　　※令和７年度も実施予定(11～12月頃を予定)です。  　　　※ア～ウのいずれも受講がない場合は令和７年度の受講が必要です。 | | | | | | |
| ４　事業所の特徴等（自立支援・重度化防止に向けた取組など）  　※事業所の特徴や取り組んでいる事項など自由に記載ください。 | | | | | | |
|  | | | | | | |