

## Ⅳ その他の届出書類の記入例及び注意事項

○サービスによって届出が必要となる変更事項が異なります。

ここで掲載されていない他サービスについては、「東京都介護サービス情報」のホームページよりご確認ください。  
「東京都介護サービス情報」指定サービス一覧内の各事業別のリンク>変更届様式より確認することができます。  
[http://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo\\_lib/index.html](http://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/index.html)

### 通所介護 変更事項別提出書類一覧

変更後、**10日以内に**届出が必要です。

ただし、事業所移転等専用区画の変更の場合は、  
移転等の前に東京都福祉保健財団へ御相談ください。（設備基準等の確認のため）

<提出先>

〒163-0718 東京都新宿区西新宿二丁目7番1号 新宿第一生命ビルディング18階  
公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部 介護事業者指定室  
電話 03-3344-8517

届出を郵送等により提出される場合は、変更届出書【第3号様式】の写しとともに返信用封筒（要切手）を入れていただくと、写しに収受印を押して返送いたします。受領確認の意味でもお勧めしております（任意）。

令和7年8月から、電子申請・届出システムでの受付も開始しております。  
システム提出の場合は、Gbiz IDをご用意の上、データをアップロードしてください。

変更事項	提出書類
事業所の名称	<input type="checkbox"/> 変更届出書【第3号様式】 <input type="checkbox"/> 付表6 <input type="checkbox"/> 運営規程
事業所の所在地	<input type="checkbox"/> 変更届出書【第3号様式】 <input type="checkbox"/> 付表6 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 図面 （食堂及び機能訓練室の面積算出に当たっては、算定根拠となる計算式を表示してください。） <input type="checkbox"/> 事業所内外のカラー写真 （建物外観、事業所入り口、事務室、鍵付書庫、相談室入り口、相談室、食堂及び機能訓練室（全体の状況がわかるよう複数方向から）、トイレ、静養室） ※以下の設備はある場合のみ （キッチン、脱衣所、浴室） <input type="checkbox"/> 建築物等に関するチェックリスト
事業所の電話番号、FAX番号	<input type="checkbox"/> 変更届出書【第3号様式】 <input type="checkbox"/> 付表6
事業所の平面図 （専用区画、レイアウト変更）  <div>             必ず事前に              東京都福祉保健財団へ              御相談ください。              （設備基準等確認のため）           </div>	<input type="checkbox"/> 変更届出書【第3号様式】 <input type="checkbox"/> 付表6 <input type="checkbox"/> 平面図 （食堂及び機能訓練室の面積変更がある場合は、算定根拠となる計算式を表示してください。） <input type="checkbox"/> 変更箇所のカラー写真 <input type="checkbox"/> 建築物等に関するチェックリスト （事業所移転、または事業所としてすでに届け出た専用区画以外の区画を新たに追加する場合）

※食堂・機能訓練室内に、面積に算入できない棚・事務スペースを新たに設置する場合は  
食堂・機能訓練室の面積を算定し直して変更届を提出してください。



変更届出書

\*\* 年 10 月 5 日

東京都 知事 殿

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

申請者

名称 株式会社都庁看護サービス

代表者職名・氏名 代表取締役 東京 太郎

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

法人番号は、国税庁から指定される13桁の番号です。  
法人番号が不明の場合は、  
「国税庁法人番号公表サイト」  
(<https://www.houjin-bangou.nta.go.jp>)でご確認ください。

指定内容を変更した事業所等	介護保険事業所番号 1 3 X X X X X X X X X X 法人番号 X X X X X X X X X X X X X X X X 名称 都庁介護サービス 所在地 163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 サービスの種類 通所介護 変更年月日 ** 年 10 月 1 日 変更があった事項(該当に○)
事業所(施設)の名称	(変更前)
事業所(施設)の所在地	事業所の変更で該当するのは太枠内の箇所です。 該当箇所に「○」をつけてください。 ※電話番号、FAX番号を変更した場合は、事業所(施設)の所在地に「○」をつけてください。
申請者の名称	
主たる事務所の所在地	
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	管理者 東京 花子 東京都新宿区西新宿〇-△-× (**年9月30日 ○〇事業所へ転出)
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)	
利用者の推定数	運営規程 利用定員 25名
○ 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)	
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
○ 運営規程	(変更後)
協力医療機関・協力歯科医療機関	
事業所の種別	
提供する居宅療養管理指導の種類	
事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別)	管理者 東京 太郎 東京都渋谷区〇×3-3-3 (**年10月1日 △△事業所より転入)
○ 利用者、入所者又は入院患者の定員	運営規程 利用定員 30名
福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあっては、委託先の状況)	
併設施設の状況等	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。  
2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。  
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

余白に届出担当者の氏名、日中連絡のとれる電話番号及びメールアドレスを記載してください。  
届出について、確認事項がある場合、担当者へご連絡いたします。

## 法人に関する変更届の手続について

介護保険法では、省令で定める事項に変更があった場合、事業者はその旨を都道府県知事に10日以内に届け出る必要があります。変更届に必要な提出書類は下記のとおりです。

### 記

## 1 届出事項及び必要な書類

変更届出書（別紙様式第一号（五））、変更項目に応じた「変更届必要書類一覧」参照

## 2 提出要領

次のア・イいずれかの担当に1部提出してください。

（ア・イのいずれにも該当する場合は、アに1部提出してください。）

### ア 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特定施設入居者生活介護がある法人の場合

※介護老人保健施設、介護医療院の場合は別紙様式第一号（五）を使用してください。

別紙様式第一号（五）

【介護老人保健施設】→ <https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisetu/rouken/henkou.html>

【介護医療院】→ <https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisetu/kaigoiryuin/kaigoiryuintodokede.html>

<提出先>

東京都福祉局高齢者施策推進部 施設支援課 施設運営担当

〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 東京都庁第一本庁舎26階

電話：（03）5320-4264

### イ ア以外の法人（特定施設入居者生活介護以外の居宅・介護予防サービス）

<提出先>

公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部 介護事業者指定室 法人変更届担当

〒163-0718 東京都新宿区西新宿二丁目7番1号 新宿第一生命ビルディング18階

電話：（03）3344-8517

（注1）事業所の内容についての変更を伴う場合にも、事業所の変更届とは別にご提出ください。

（注2）統合等により別法人となる場合は、変更の扱いとなりません。旧事業所を廃止し、新たな法人による新規申請が必要となります。

（注3）複数の事業所を運営している場合でも、変更届は1通のみ届出を行って下さい。

## ■法人に関する変更届必要書類一覧■

事業所等に関する内容の変更を伴う場合にも、法人情報の変更届については、事業所の変更届※とは別にご提出ください。

(例: 法人事務所と事業所が同一所在地にあったが、別の場所に一緒に移転した場合、  
法人の代表者と事業所の管理者が同じで、その人が別の人に替わる場合など。)

表1 法人に関する変更事項

変更内容	変更届出書	変更届出書 (別表)	事業所一覧	登記事項証明書 (原本)	誓約書
法人の名称	○	○	○	○	
法人住所等の変更	○	○	○	○	
法人の電話・FAX 番号の変更	○	○	○		
代表者の変更	○	○	○	○	○
代表者の住所の変更	○	○	○	○	
登記事項証明又は条例等 の変更(当該指定事業の 目的の記載に関するもの に限る)	○	○	○	○	

法人として行っているサービスについて、  
居宅サービスは参考様式4及び別紙①  
介護予防サービスは参考様式4及び別紙⑤  
の添付をお願いします。

注1 法人住所の変更に伴い、電話・FAX番号も変更になった場合、変更届出書「別紙様式第一号(五)」の「変更の内容欄の(変更前)(変更後)」欄にその旨記載してください。

注2 「事業所一覧」には、都内にある指定介護事業所の「事業所番号」「事業所名」を記載してください。

注3 「変更届出書(別表)」及び「事業所一覧」は該当する事業所が1つしかない場合にも必ず添付してください。

注4 登記事項証明には、「履歴事項全部証明書」の原本(コピー不可)をご提出ください。

### 様式のダウンロード

変更届出に関する様式は、「東京都介護サービス情報」のホームページの変更届出様式のカテゴリーからダウンロードできます。

アドレス [https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo\\_lib/index.html](https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/index.html)

変更届出書

\*\* 年 10 月 5 日

東京都 知事 殿

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

申請者 名称 株式会社都庁看護サービス

変更後の代表者名を記入してください。

代表者職名・氏名 代表取締役 東京 花子

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

法人番号は、国税庁から指定される13桁の番号です。 法人番号が不明の場合は、 「国税庁法人番号公表サイト」 ( <a href="https://www.houjin-bangou.nta.go.jp">https://www.houjin-bangou.nta.go.jp</a> ) でご確認ください。		介護保険事業所番号	1	3	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		法人番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
指定内容を変更した事業所等		名称 都庁介護サービス ほか●事業所											
サービスの種類													
変更年月日		** 年 10 月 1 日											
変更があった事項(該当に○)		変更の内容											
事業所(施設)の名称		法人の変更で該当するのは太枠内の箇所です。 ・法人の名称変更した場合→「申請者の名称」 ・法人の主たる事務所(本社)の所在地、電話番号、 FAX番号を変更した場合→「主たる事務所の所在地」 に「○」をつけてください。											
事業所(施設)の所在地													
申請者の名称													
主たる事務所の所在地													
○ 代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所													
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)													
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等		代表者 江戸 太郎 東京都新宿区西新宿2-8-1 (**年9月30日付退任)											
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)													
利用者の推定数													
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)													
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴													
運営規程													
協力医療機関・協力歯科医療機関		(変更後)											
事業所の種別													
提供する居宅療養管理指導の種類													
事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設事業所型の別)		代表者 東京 花子 東京都千代田区神田1-1-1 (**年10月1日付就任)											
利用者、入所者又は入院患者の定員													
福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)													
併設施設の状況等													
介護支援専門員の氏名及びその登録番号													

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。  
2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。  
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

余白に届出担当者の氏名、日中連絡のとれる電話番号及びメールアドレスを記載してください。  
届出について、確認事項がある場合、担当者へご連絡いたします。

# 変 更 届 出 書 (別表)

変更届出書(様式第一号(五))  
に記載した事業所名を記入してく  
ださい。

事業所名称		都庁介護サービス ほか●事業所														
開設 (事業者)	名 称	フリガナ カブシキガイシャトチョウカイゴサービス 株式会社都庁介護サービス														
	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														
	申請者連絡先	電話番号	03-1111-1111				FAX	03-1111-1112								
	法人の種類	営利法人						法人所轄庁								
	代表者の職・氏名	職 名	代表取締役				氏 名	フリガナ トウキョウ ハナコ 東京 花子								
	代表者の生年月日	1971 年 3 月 1 日														
	代表者の住所	(郵便番号101-0000) 東京都千代田区神田1-1-1														
指 定 を 受 け て い る サ ー ビ ス の 種 類																
居宅サービス事業・介護予防サービス											介護保険施設					
訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護	短期入所療養介護	特定施設入居者生活介護	福祉用具貸与	福祉用具販売	介護福祉施設	介護保健施設	介護医療院		
○										○						
										○		上段が居宅サービス 下段が予防サービス				

「法人の情報」を記入してください。なお、登記事項証明書に記載されている事項については、登記事項証明書のとおりに入力してください。

注1 この用紙は、変更事項に関わらず必ず添付してください。

注2 居宅サービスの指定を受けている場合は、上段に対象のサービス欄に○を記入してください。

また、介護予防サービスの指定を受けている場合は、下段に対象のサービス欄に

○を記入してください。

(日本産業規格A列4番)



廃止・休止届出書

※出張所（サテライト）の廃止の場合は  
廃止届ではなく事業所の変更届の提出が  
必要です。

廃止・休止の1月前までに届出が必要です。

\*\* 年 4 月 25 日

東京都 知事 殿

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

申請者

名称 株式会社都庁介護サービス

代表者職名・氏名 代表取締役 東京 太郎

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

法人番号は、国税庁から指定される13桁の番号です。法人  
番号が不明の場合は、「国税庁法人番号公表サイト」  
(<https://www.houjin-bangou.nta.go.jp>) でご確認ください。

廃止(休止)する事業所(施設)

サービスの種類

※介護予防にかかる廃止・休止を希望する  
場合はあわせて記載してください。例  
訪問看護、介護予防訪問看護

廃止・休止の別

廃止 ・ 休止

廃止・休止する年月日

\*\* 年 6 月 1 日

廃止・休止する理由

事業を廃止・休止するに当たり、利用者の方を他事業所へ移行（紹介）する  
ことが義務付けられています。  
利用者名と紹介先事業所名が記載されている「移行先リスト（任意様式）」  
を作成し、本届出と併せて提出してください。  
既に利用者がいない場合は、本欄に「利用者なし」と記載してください。

現にサービス又は支援を  
受けている者に対する措置

別紙「移行先リスト」のとおり他事業所へ移行する。

休止予定期間は最長1年間です（なお、指定有効期間満了日が先に到来する  
場合は、指定有効期間満了日までです。）。  
休止期間中は、事業所の指定更新を受けることはできません。

休止予定期間

休止日 ~ \*\* 年 5 月 31 日

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

余白に届出担当者の氏名、日中連絡のとれる電話番号及びメールアドレスを記載してください。  
届出について、確認事項がある場合、担当者へご連絡いたします。



## 再開届出書

再開後、**10日以内**に届出が必要です。

\*\* 年 10 月 5 日

東京都 知事 殿

所在地 東京都新宿区西新宿2-8-1

申請者

名称 株式会社都庁介護サービス

代表者職名・氏名 代表取締役 東京 太郎

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

再開した事業所(施設)	介護保険事業所番号	1	3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	法人番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	名称 都庁介護サービス												
	所在地 163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1												
サービスの種類	通所介護												
再開した年月日	再開月の「 <b>従業員の勤務の体制及び勤務体制に関する書類</b> 」も併せて提出してください。 ** 年 10 月 1 日												

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

余白に**届出担当者の氏名、日中連絡のとれる電話番号及びメールアドレス**を記載してください。  
届出について、確認事項がある場合、担当者へご連絡いたします。

## 加算の算定に係る届出について

1 新たに加算を取得する場合、施設等の区分を変更する場合などは、以下の留意事項等に沿って「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（加算届）」を提出してください。

### 2 加算等の届出と適用時期

新たに加算を取得する場合（又は取得中加算の区分変更をする場合）、適用月の前月 15 日までに届出が必要です（※）。期限を過ぎて提出された場合（書類の不備・不足等で期限までに受理できない場合を含む）で、要件が満たしていることが確認されたものは翌々月からの算定となりますので、十分にご注意ください。加算を取り下げる（又は減算の届出の）場合は、その時点で速やかに届出が必要です。

※ 短期入所サービスは届出が受理された日が属する月の翌月（届出が受理された日が月の初日である場合は当該月）から算定を開始するものとします。

また、緊急時訪問看護加算及び定期巡回・随時対応型サービス連携については、届出が受理された日から算定となります。

### 3 加算等の届出の提出先

〒163-0718 新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビルディング 18階

公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者支援部介護事業者指定室

※令和7年8月から、電子申請・届出システムでの受付も開始しております。電子申請・届出システムでの提出の場合は、Gbiz IDをご用意の上、加算届等様式をアップロードして届出をお願いします。

※オンラインでの提出は以下 URL よりアクセス

<https://80ca9d38.form.kintoneapp.com/public/ef000006b275386cbd1507e31c6bfe2078ceebf8b017c1091673f57cff507a62>

### 4 届出様式

届出様式は東京都福祉局ホームページ「東京都介護サービス情報」に掲載しています。

[https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo\\_lib/index.html](https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/index.html)

#### ■ 加算届

新たに加算を取得する場合（又は取得中加算の区分変更をする場合）、適用月の前月15日までに届出が必要です。期限を過ぎて提出された場合（書類の不備・不足等で期限までに受理できない場合を含む）で、要件が満たしていることが確認されたものは翌々月からの算定となりますので、十分に御注意ください。

加算を取り下げる（又は減算の届出の）場合は、その時点で速やかに届出が必要です。

届出が必要な加算項目と提出が必要な書類について案内しています。

届出が必要な『加算名等』及び『必要な届出書類』 (Excel:25KB)	各加算の基準、必要な届出書類を記載しています。 ※届出の際には十分御確認ください。
介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 (Excel:121KB)	必ず御提出いただく書類です。 変更がある事項のみ記載してください。
加算様式・参考様式(Excel:128KB)	適宜御利用ください。
<b>&lt;届出上の留意事項&gt;</b> ・届出は下記の提出先に <b>郵送</b> での御提出をお願いします。 ・届出は2部作成し、返信用封筒に切手を貼ったものを同封して送付してください。 ・1部は収受印を押印して返送いたしますので、事業所控えとして専用のファイル等で必ず保管しておいてください。	

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書は次頁参照

添付書類の様式はこちら

### 5 根拠規定等

各加算等の届出項目の詳細については、東京都福祉局ホームページ「東京都介護サービス情報」の各サービスのページにてご案内しています。

受付番号

令和 \*\* 年 4 月 10日

東京都新宿区西新宿2-8-1

株式会社東京都介護サービス情報

事業所所在地市町村番号

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の必要はありません。

特記事項に入力されている項目のみ適用といたします。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他の	該当する	体制	等	LFEへの登録	割引
各サービス共通			地域区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1級地 <input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地 <input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地 <input type="checkbox"/> 9 7級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地 <input type="checkbox"/> 5 その他		
			職員の欠員による減算の状況 高齢者虐待防止措置実施の有無 業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 1 減算型 <input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 2 基準型 <input type="checkbox"/> 2 基準型	<input type="checkbox"/> 3 介護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員		<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
■ 15 通所介護	■ 4 通常規模型事業所 <input type="checkbox"/> 6 大規模型事業所（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 7 大規模型事業所（Ⅱ）		感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				特に変更がない限り、 チェックは不要です。
			時間延長サービス体制	<input type="checkbox"/> 1 対応不可	<input type="checkbox"/> 2 対応可				
			共生型サービスの提供（生活介護事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			共生型サービスの提供（自立訓練事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				新たに取得する項目、変更する項目のみ「□」にチェックを入れてください。
			共生型サービスの提供（放課後等デイサービス事業所）	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			生活相談員配置等加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			入浴介助加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅱ				
			中重度者ケア体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 2 加算Ⅱ				
			個別機能訓練加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 3 加算Ⅰロ				
			ADL維持等加算（申出）の有無	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			認知症加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
	科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり						
	サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input checked="" type="checkbox"/> 6 加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 5 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 7 加算Ⅲ						
	介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 8 加算Ⅱ <input type="checkbox"/> 9 加算Ⅲ <input type="checkbox"/> C 加算Ⅴ(2) <input type="checkbox"/> G 加算Ⅴ(6) <input type="checkbox"/> L 加算Ⅴ(10) <input type="checkbox"/> R 加算Ⅴ(14)	<input type="checkbox"/> A 加算Ⅳ <input type="checkbox"/> D 加算Ⅴ(3) <input type="checkbox"/> H 加算Ⅴ(7) <input type="checkbox"/> M 加算Ⅴ(11) <input type="checkbox"/> N 加算Ⅴ(12) <input type="checkbox"/> P 加算Ⅴ(13)	<input type="checkbox"/> B 加算Ⅴ(1) <input type="checkbox"/> F 加算Ⅴ(5) <input type="checkbox"/> J 加算Ⅴ(8) <input type="checkbox"/> K 加算Ⅴ(9) <input type="checkbox"/> O 加算Ⅴ(13)					