**算定様式１０**

**年　　 　月 　　　日**

**選択的サービス複数実施加算に関する届出書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事業所名** |  | **事業所番号** |  |
| **施設種別** | **１　　阿南市介護予防通所介護相当サービス　　　 ２　　阿南市はつらつデイサービス** | | |
| **届出項目** | **１　 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）　　　　　　　２　　選択的サービス複数実施加算（Ⅱ）** | | |
| **異動区分** | **１　　新　規　　　　　２　　変　更　　　　　３　　終　了** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **利用者に対する加算の算定状況** | **選択的サービス**  **複数実施加算（Ⅰ）**  **【 ２ 種類 】** | 運動器機能向上 及び 栄養改善 | ・いずれかのサービスを  １月２回以上  ・いずれかの選択サービスを  週１回実施 | 有　・　無 |
| 運動器機能向上 及び 口腔機能向上 | 有　・　無 |
| 栄養改善 及び 口腔機能向上 | 有　・　無 |
| **選択的サービス**  **複数実施加算（Ⅱ）**  **【 ３ 種類 】** | 運動器機能向上、栄養改善　及び  口腔機能向上 | ・サービスを１月２回以上  ・選択サービスを週１回実施 | 有　・　無 |

※ 運動器機能向上加算、栄養改善加算または口腔機能向上加算を算定している場合は、本加算は算定しない。

　（Ⅰ）（Ⅱ）いずれかの加算しか算定できない。（Ⅰ）と（Ⅱ）を同じ算定不可。

**介護予防・日常生活支援総合事業用**