様式5

特定事業所加算Ⅳに係る届出書

事業所番号	46	ｻｰﾋﾞｽ名	居宅介護支援
事業所名			
担当者名		担当者連絡先	
判定期間	年　3月～　年　2月（算定する年度の前々年度の3月から前年度の2月まで）		

項目（算定要件）	適否
退院・退所加算の算定に係る病院又は診療所等との連携回数の合計が年間35回以上である。	はい・いいえ
ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している。	はい・いいえ
特定事業所加算（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）を算定している。	（はい【 Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ 】・いいえ）