

年 月 日

選択的サービス複数実施加算に係る届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規                      2 変更                      3 終了
3 サービス種類	(総合事業) 介護予防通所介護相当サービス
4 届出項目	① 選択的サービス複数実施加算

※「2 異動区分」欄は該当する番号に○印を付して下さい。

利用者に対する加算の算定状況	① 運動器機能向上及び栄養改善	有・無
	② 運動器機能向上及び口腔機能向上	有・無
	③ 栄養改善及び口腔機能向上	有・無
	④ 運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	有・無

※ 注：運動器機能向上加算、栄養改善加算又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。