

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 異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 サービス種類	介護予防通所事業（介護予防・生活支援サービス事業）
4 届出項目	選択的サービス複数実施加算

※ 「異動等区分」欄は該当する番号に○印を付してください。

5 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。