（別紙１８）

令和　　年　　月　　日

通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出

1　事業所名	
2　異動区分	1　新規　2　変更　3　終了
3　届出項目	1　移行支援加算

①　終了者数の状況	①	評価対象期間の通所リハビリテーション終了者数	人		
	②	①のうち、指定通所介護等を実施した者の数（注１）	人		
	③	①に占める②の割合	%	→ ３%超	有・無
②　事業所の利用状況	①	評価対象期間の利用者延月数	月		
	②	評価対象期間の新規利用者数	人		
	③	評価対象期間の新規終了者数（注２）	人		
	④	12×（②＋③）÷２÷①	%	→ ２７%以上	有・無

注１：「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定認知症対応型通所介護等の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等を含めない。

注２：入院、入所、死亡を含む。

※　各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。