様式－加算誓約（密着）

介護給付費算定に係る誓約書

年　　　月　　　日

豊　中　市　長　　様

主たる事務所の所在地

申請者（開設者）

代表者の職名・氏名

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 |  |
| 事業所の名称 |  |

１．今回の届出に関して、地域密着型サービスに係るものについては「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成１８年厚生省告示第１２６号)」及び解釈通知等、地域密着型介護予防サービスに係るものについては「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２８号）」及び解釈通知等による算定要件の内容を理解したうえで、上記事業所において当該算定基準を満たしていること

２．今回の届出に関して、基準を満たしていないことが判明した場合、速やかに加算の届出を取り下げること

３．算定要件を満たさない加算について、介護給付費の返還等が生じる場合、適正な手順により必要な措置を講じること

４．算定要件を満たさない加算の取得が判明した場合、利用者への説明及び返金等の手続きについては事業者の責任において確実に行うこと

上記事項について誓約します。

なお、事業運営にあたっては、介護保険法、「豊中市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成２４年豊中市条例第７０号）」、「豊中市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成２４年豊中市条例第７４号）」及びその他の関係法令等を遵守することを誓約します。