様式－加算誓約（総合事業）

介護予防・日常生活支援総合事業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、豊中市介護予防・日常生活支援総合事業に係るものについては「豊中市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」、「指定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１２７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、豊中市第1号事業支給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、「豊中市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める要綱」、その他の関係法令等を遵守することを誓約します。