（様式－自立支援）

自立支援促進体制加算届出書

下記事業所において、以下のとおり介護予防プログラムを実施します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 電話番号 |  |
| 事業所所在地 |  |

|  |
| --- |
| 【プログラム名】 |
| 【プログラムの内容】※別紙資料がある場合は添付 |
| 【プログラムの実施により期待される効果】※利用者にどのような運動機能の向上・改善が見込まれるか、具体的に記載してください。 |
| 【実施体制】※利用者の人数に対するスタッフの配置数、同じ利用者に対する実施頻度等（予定） |

上記プログラムを受けた利用者に対する効果測定を定期的に実施し、その結果を経過記録に記載します。また、市から求めがあった場合、当該測定結果を提出します。

これらの取組みについて、対象となる利用者に対して説明するとともに、利用者が取組み　内容について説明を受けたことを証する書類を保管します。

届出日：　　　　　年　　　月　　　日

主たる事務所の所在地：

名称：

代表者の職・氏名：