

訪問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書

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

終了者数の状況	評価対象期間の訪問リハビリテーション終了者数	人	5%超	有 ・ 無 ・
	のうち、指定通所介護等を実施した者の数(注1)	人		
	に占めるの割合	%		
事業所の利用状況	評価対象期間の利用者延月数	月	25%以上	有 ・ 無 ・
	評価対象期間の新規利用者数	人		
	評価対象期間の新規終了者数(注2)	人		
	$12 \times ( \quad + \quad ) \div 2 \div$	%		

注1：「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定（介護予防）通所リハビリテーション、指定地域密着型通所介護、指定（介護予防）認知症対応型通所介護、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護、指定看護小規模多機能型居宅介護、第1号通所事業の利用、その他社会参加に資する取組、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医療機関への入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等への移行である場合を含めない。

注2：評価対象期間に当該事業所の提供する指定訪問リハビリテーションの利用を終了した者の数（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。