介護報酬改定に伴う変更内容確認票

法人名　：

事業所名：

担当者名：

連絡先　：

**加算を新規に算定する場合、算定する区分が変わる場合、算定をやめる場合は下記の例を**

**参考に「加算名、変更内容」を正確に記入してください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **旧**（R3.3.31まで） | **新**（R3.4.1以降） |
| ○○加算Ⅰ　なし | ○○加算Ⅰ　あり |
| ◇◇加算Ⅱ | ◇◇加算Ⅰ |
| △△加算Ⅲ　あり | △△加算Ⅲ　なし |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※ 算定する加算の算定要件が確認できる書類を必ず添付して下さい。