年　　 　月 　　　日

**若年性認知症利用者受入加算チェック表**

　　　　　　　（通所型サービス：介護予防通所介護相当サービス）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 異動区分 | 　　１　　新　規　　　　　２　　終　了 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **要　　　件** | **１** | 若年性認知症利用者に対して通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス）を行っていますか。**【若年性認知症利用者】**とは、介護保険法施行令第2条第6号に規定する初老期における認知症によって介護保険法第7条第4項に規定する要支援者となった者をいう。なお、当該者が６５歳となった場合は、６５歳の誕生日の前々日までは加算の対象である。 | はい ・ いいえ |
| **２** | 受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定めていますか。 | はい ・ いいえ |
| **３** | 担当者を中心に利用者の特性やニーズに応じた適切なサービス提供を行っていますか。 | はい ・ いいえ |