

受付番号	
------	--

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
 <地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>

年 月 日

琴平町長 様

届出者 所在地
 名称
 代表者職氏名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	法人である場合その種別 代表者の職・氏名	職名		法人所轄庁		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市						
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市						
	連絡先	電話番号		FAX番号				
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	市町村が定める単位の有無(市町村記載)	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		地域密着型通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		療養通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		地域密着型特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規 2変更 3終了			1有 2無
		複合型サービス			1新規 2変更 3終了			1有 2無
	介護予防認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
	介護予防認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
居宅介護支援			1新規 2変更 4終了					
介護予防支援			1新規 2変更 3終了					
地域密着型サービス事業所番号等								
指定を受けている市町村								
介護保険事業所番号						(指定を受けている場合)		
既に指定等を受けている事業								
医療機関コード等								
特記事項	変更前			変更後				
関係書類	別添のとおり							
	記入者			連絡先				

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1又は別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。