

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

年 月 日

(宛先) 琴平町長

所在地
名称
代表者職氏名

このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|-----------|----------------|-----------|------------------|
| 届出者 | フリガナ 名称 | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | ファクシミリ番号 | |
| | 法人の種別 | | | 法人所轄庁 | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | | | 氏名 | |
| | 代表者の住所 | (郵便番号 ー) | | | | |
| | 事業所・施設の状況 | フリガナ 事業所の名称 | | | | |
| 主たる事業所・施設の所在地 | | (郵便番号 ー) | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | ファクシミリ番号 | |
| 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) | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | ファクシミリ番号 | |
| 管理者の氏名 | | | | | | |
| 管理者の住所 | | (郵便番号 ー) | | | | |
| 届出を行う事業・施設の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定(許可)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) |
| | 介護予防訪問介護相当サービス | | | 1 新規 2 変更 3 終了 | | |
| | 訪問型サービスA | | | 1 新規 2 変更 3 終了 | | |
| | 介護予防通所介護相当サービス | | | 1 新規 2 変更 3 終了 | | |
| | 通所型サービスA | | | 1 新規 2 変更 3 終了 | | |
| 事業所番号 <input type="text"/> | | | | | | |
| 特記事項 | 変更前 | | | 変更後 | | |
| | | | | | | |
| 関係書類 | 別紙のとおり | | | | | |
| | 記入者 | | | 連絡先 | | |

- 備考
- 「受付番号」欄には記入しないでください。
 - 「法人の種別」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。
 - 「法人所轄庁」欄は、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入してください。
 - 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字を「○」で囲んでください。
 - 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 - 「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。
 - 「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状況」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。