

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<町指定サービス用>

平成 年 月 日

(宛先) 平群町長

所在地
名称

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。

(法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名)

届出者	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	法人の種類				法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		氏名			
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 -)					
		(ビルの名称等)					
	事業所の名称						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 -)					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
届出を行う事業所の状況	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 -)					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	管理者の氏名						
	管理者の住所	(郵便番号 -)					
		(ビルの名称等)					
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	実施事業		1新規 2変更 3終了			無
	認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了			無
	小規模多機能型居宅介護			1新規 2変更 3終了			無
	認知症対応型共同生活介護			1新規 2変更 3終了			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			無
	地域密着型通所介護			1新規 2変更 3終了			無
	介護予防認知症対応型通所介護			1新規 2変更 3終了			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			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			無
地域密着型サービス事業所番号							
指定を受けている他市町村							
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						

- 備考
- 「受付番号」欄には記載しないでください。
 - 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」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載してください。
 - 「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。
 - 「異動項目」欄には、(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。