

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><介護予防支援事業者用><居宅介護支援事業者用>

年 月 日

大田原市長 あて

住所
(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

申請者

氏名
(法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)

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。

事業所所在地市町村番号

Form with multiple sections: Main office location, Business name, Contact info, Manager info, Activity types table, Designation info, and Remarks.

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
2 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
3 「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。
4 「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。
5 「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。
6 「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。