

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 印
 (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

事業所の状況	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	事業所名						
	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	管理者の氏名						
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	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)
	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
	夜間対応型訪問介護			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	
認知症対応型共同生活介護(短期利用型)			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	
地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)			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			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	
地域密着型通称介護			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	
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	
介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)			1新規 2変更 3終了			1有 2無	
介護予防介護支援			1新規 2変更 3終了				
居宅介護支援			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						

- 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。