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・居宅介護支援事業用＞

武豊町長　様 　　　　年　　月　　日

所在地

名称

代表者の氏名 印

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 |  | | |
| 法人の種別 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | | |  | | | |
| 代表者の職・氏名 | | | | 職名 | | | |  | | | | | | | | | | | | |  |  | | |
| 代表者の住所 | | | | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の状況 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | | | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出を行う事業等 | 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 |
| 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 | | |  |  |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 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 | | |  |  |
| 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 | | |  |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
|  | 居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | |  |  |
| 介護保険事業所番号 | | | 2 | 3 | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  | |  | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  | |  | | | | | | | |
| 特記事項 | 変更前 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 変更後 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|
|
|

備考１　「受付番号」欄には記入しないでください。

２　「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。

３　「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。

４　「実施事業」欄は、該当する欄に〇記入してください。

５　「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〇で囲んでください。

６　「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「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。

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　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番としてください。