

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

我孫子市長 あて

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。

(法人にあっては、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			
	代表者の職・氏名	職名			氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 - ) (ビルの名称等)						
届出を行う事業所の状況	フリガナ 事業所の名称							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 - )						
	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 - )						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	管理者の氏名							
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	夜間対応型訪問介護			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 4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
		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			無
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			1新規 2変更 3終了			無
		定期巡回・随時対応型訪問看護看護			1新規 2変更 3終了			無
		看護小規模多機能型居宅介護			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	
	居宅介護支援事業			1新規 2変更 4終了			無	
介護予防支援事業			1新規 2変更 5終了			無		
介護保険事業所番号								
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
- 「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、「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。