

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

知事 殿

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。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 都市	法人名(事業名不可)を記載するとともに社印を押印する。			
	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	氏名			
事業所・施設 の状況	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 都市				
	フリガナ 事業所・施設の名称	サテライト事業所のみ記入する。				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 —) 県 都市				
	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 —) 県 都市				
届出を行う事業所・施設の 種類	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 —) 県 都市				
	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)
	指定 居室 サービス	訪問介護			1新規 2変更 3終了	
		訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了	
		訪問看護			1新規 2変更 3終了	
		訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了	
		居宅療養管理指導			2変更 3終了	
		通所介護			2変更 3終了	
		通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了	
		短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了	
		短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了	
		特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了	
		福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了	
		介護予防訪問介護			1新規 2変更 3終了	
		介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了	
		介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了	
		介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了	
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
介護予防通所介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了			
介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
居室介護支援			1新規 2変更 3終了			
施設	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
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1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載してください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「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、「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について、異動の状況について具体的に記載してください。
- 5 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定」欄に記載されている項目を記載してください。
- 6 「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。
- 7 「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。
- 変更の内容を具体的に記入する。また、介護予防サービスを併記するときは、その旨も記入する。
 例) 通所介護
 変更前: 個別機能訓練加算Ⅰのみ
 変更後: 個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ両方
 例) 介護予防通所
 変更前: 運動器機能向上なし
 変更後: 運動器機能向上あり