

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>

年 月 日

多治見市長

所在地
名称
代表者職氏名

印

(個人の場合は住所及び氏名)

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。

Form with sections: 届出者 (フリガナ, 主たる事務所の所在地, 連絡先, 代表者の職・氏名, 代表者の住所), 事業所の状況 (主たる事業所の所在地, 連絡先, 主たる事業所の所在地以外, 連絡先, 管理者の氏名, 管理者の住所), 届出を行う事業所の状況 (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, 市町村が定める単位の有無), 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, 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 「法人である場合その種別」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、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載してください。
4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
5 「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。
6 「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。
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 「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。