（別紙２）

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＞
＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞

平成　　年　　月　　日

三 原 市 長　　様

＜届出者＞
所在地
名　称
代表者　　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。

届出者	フリガナ 名　　称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号　　―　　) 県　　郡市 (ビルの名称等)			
	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	
	代表者の住所	(郵便番号　　―　　) 県　　郡市			
事業所・施設の状況	フリガナ 名　　称				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号　　―　　) 県　　郡市			
	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　　郡市			
	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　　郡市			

届出を行う事業所・施設の種類						
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)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規　2変更　3終了		
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		
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		
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		
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		
介護予防認知症対応型通所介護			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		
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		
居宅介護支援			1新規　2変更　3終了		

介護保険事業所番号		
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、届出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・施設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)「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。