

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

【記載例】

年 月 日

愛西市長 様

所在地

名称

代表者氏名

法人の印鑑登録されている印

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 ー) 県 都市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類別				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 ー) 県 都市				
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所名称					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 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 ー) 県 都市				
	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(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)
	訪問介護相当サービス	○	平成30年4月1日	1 新規 2 変更 3 終了		
	訪問型サービスA	○	平成29年4月1日	1 新規 2 変更 3 終了	平成30年4月1日	
	通所介護相当サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	通所型サービスA			1 新規 2 変更 3 終了		
				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		
	介護職員処遇改善加算 I			介護職員処遇改善加算 I		
関係書類	別添のとおり					

介護職員処遇改善加算の定期届出分については、加算が変わらない場合も【変更】に○をつけ、異動年月日を記入し、特記事項の変更前と変更後にもそれぞれ介護職員処遇改善加算 I ~ V をご記入ください。

- 備考1 「事業所番号」欄も記載してください。
 2 「法人の種類別」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・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2)「介護予防・日常生活支援総合事業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。