|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

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

（訪問型サービスC・通所型サービスC）

　　年　　月　　日

（宛先）紀の川市長

所　在　地

名　　　称

代表者氏名

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 |  |
| 届　出　者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　　－　　　　）　　　　　　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 |  |
| 法人の開設日 |  |
| 代表者の職名・氏名 | 職　　名 |  | 氏　　名 |  |
| 代表者の住所 | （〒　　　　－　　　　）　　　　　　県　　　　　郡市 |
| （ビルの名称等） |
| 事業所の状況 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主たる事業所等の所在地 | （〒　　　　－　　　　）　　　　　　県　　　　　郡市 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管 理 者 の 氏 名 |  |
| 管理者の住所 | （〒　　　　－　　　　）　　　　　　県　　　　　郡市 |
| （ビルの名称等） |
| 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事業所等の所在地 | （〒　　　　－　　　　）　　　　　　県　　　　　郡市 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 届出を行う事業所の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業に○ | 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) |
| 介護予防・日常生活支援総合事業 | 訪問型サービスC（K3） |  |  | 1新規　2変更　3終了 |  |  |
| 通所型サービスC（K4） |  |  | 1新規　2変更　3終了 |  |  |
| 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」「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。

 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」欄は、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入してください。

 ４　「法人の開設日」欄は、法人を開設した日を記入してください。

 ５　「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

 ６　「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所等について該当する数字に「〇」を記入してください。

 ７　「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」に掲げる項目を記入してください。

 ８　「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記入してください。

 ９　「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入してください。

1ページ目のみ印刷して提出してください。