

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
 ＜指定居宅介護（予防）支援事業者用＞

年 月 日

さぬき市長 殿

住 所
 事業所名
 代表者名

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

届 出 者	フリガナ 名 称								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)							
		(ビルの名称等)							
	連 絡 先	電話番号				FAX番号			
	法人である場合その種別	社会福祉法人		法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名				氏名			
事 業 所 の 状 況	代表者の住所	(郵便番号 —)							
	フリガナ 名 称								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)							
	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							
異 動 状 況	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 —)							
異 動 状 況		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)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)
	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了					
	介護予防支援			1新規 2変更 3終了					
指定を受けている市町村		さぬき市							
介護保険事業所番号		(指定を受けている場合)							
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							

- 「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」等の別を記入してください。
- 「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。
- 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「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。
- 「異動項目」欄には、(別紙)「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。
- 「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。
- 「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。