

総合事業

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＜指定事業者用＞

令和 〇 年 〇 月

提出する年・月
を記入

安曇野市長 殿

所在地

安曇野市豊科6000番地

名 称

株式会社〇〇

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。

事業所所在地市町村番

届出者	フリガナ 名 称	カブシキガイシャ〇〇 株式会社〇〇									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 長野 県 安曇野 市 豊科〇〇〇番地 (ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			FAX番号	〇〇-〇〇〇〇				
	法人の種別	株式会社		法人所轄庁							
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役			氏名	●●●				
	代表者の住所	(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 〇〇 県 〇〇〇 市 〇〇〇〇番地									
	事業所・施設 の 状 況	フリガナ 事業所・施設の名称	デイサービスセンター〇〇 デイサービスセンター〇〇								
主たる事業所・施設の 所在地		(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 長野 県 安曇野 市 豊科〇〇〇番地									
連絡先		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			FAX番号	〇〇-〇〇〇〇				
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 市									
連絡先		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			FAX番号	〇〇-〇〇〇〇				
管理者の氏名		●●●									
管理者の住所		(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 〇〇 県 〇〇〇 市 〇〇〇〇番地									
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（許可） 年月日	異動等の区分		異動（予 年月日	異動項 （※変更				
	訪問型サービス（独自）			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了 新規に加算を 算定する場合 は「新規」を 選択							
	訪問型サービス（独自・定率）			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了 取得済みの加 算を変更した 場合は「変 更」を選択							
	訪問型サービス（独自・定額）			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了							
	通所型サービス（独自）	○	(指定を受けた年 月日を記入)	■ 1新規 ■ 2変更 □ 3終了		R6.10.1	算定を開始する月を 記入				
	通所型サービス（独自・定率）			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了							
	通所型サービス（独自・定額）			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了							
介護保険事業所番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
特記事項	変更前				変更後						
	サービス提供体制強化加算Ⅱ				サービス提供体制強化加算Ⅰ 口腔機能向上加算 ←変更 ←新規						
関係書類		別添のとおり		変更前の加算名 を記入		変更後の加算名 を記入					

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」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の横の□
6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「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。