

(別紙3-2)

地域密着・居宅

受付番号

提出する年・月
を記入

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＞

令和 ● 年 ● 月

安曇野市長殿

事業者名 安曇野市豊科6000番地

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	カブシキガイシャ〇〇 株式会社〇〇				法人情報を記入					
	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						
	法人である場合その種別	株式会社	法人所轄庁								
事業者	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									
	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				事業所・施設情報を記入					
	事業所の所在地	長野 県 安曇野 市 豊科〇〇〇番地									
事業所の状況	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 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇 県 〇〇〇 市 〇〇〇〇番地									
	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状況	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)(市町村記載)					
	夜間対応型訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
	地域密着型通所介護	○	(指定を受けた年月日を記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	2024/10/1	<input type="checkbox"/> 1有					
	療養通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
	認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規		<input type="checkbox"/> 1有					
	小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 1新規		<input type="checkbox"/> 1有					
	認知症対応型共同生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規		<input type="checkbox"/> 1有					
	地域密着型特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
	複合型サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
	介護予防認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
	介護予防小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
	介護予防認知症対応型共同生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有					
居宅介護支援			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了								
介護予防支援			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了								
地域密着型サービス事業所番号等		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
指定を受けている市町村											
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					
	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					
変更前の加算名を記入					変更後の加算名を記入						
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」「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について該当する数字の横の□を■にしてください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。