

(別紙3)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<基準該当事業者用>

年 月 日

愛南町長 様

所在地
名 称

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 群市						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	法人である場合その種別			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 群市						
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	-----						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	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 群市						
	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 ー) 県 群市							
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	登録年月日	異動等の区分		異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	市町村が定める率(市町村記載)
	基準該当居室サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	居宅介護支援			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				%
	介護予防福祉用具貸与			<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				%	
基準該当事業所番号								
登録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			
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, 1-2)「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 「市町村が定める率」欄には、全国共通の介護報酬額に対する市町村が定める率を記載してください。
- 8 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 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載してください。

受付番号

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>

愛南町長 様

所在地
名称

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。

Form with sections: 届出者 (フリガナ名称, 主たる事務所の所在地, 連絡先, 法人種別, 代表者の職・氏名, 代表者の住所), 事業所の状況 (フリガナ事業所・施設の名称, 主たる事業所の所在地, 連絡先, 主たる事業所の所在地以外の場所以外, 連絡先, 管理者の氏名, 管理者の住所), 届出を行う事業所の状況 (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, 市町村が定める単位の有無), 地域密着型サービス (夜間対応型訪問介護, 地域密着型通所介護, 療養通所介護, 認知症対応型通所介護, 小規模多機能型居宅介護, 認知症対応型共同生活介護, 地域密着型特定施設入居者生活介護, 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護, 定期巡回・随時対応型訪問介護看護, 複合型サービス, 介護予防認知症対応型通所介護, 介護予防小規模多機能型居宅介護, 介護予防認知症対応型共同生活介護, 居宅介護支援, 介護予防支援), 地域密着型サービス事業所番号等, 指定を受けている市町村, 介護保険事業所番号, 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)

- 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以外」欄は、複数の出張所等がある場合は、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。

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>

年 月 日

愛南町長 様

所在地
名称

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号

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 群市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	法人の種別	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 群市				
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市				
	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 群市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	管理者の氏名					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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)
	訪問型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号						
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」「事業所所在地市町村番号」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。