|  |  |
| --- | --- |
| 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】

別紙1

　　年　　月　　日

桜川市長　　　様

 申請者　所在地

名称

代表者の職・氏名

このことについて、以下のとおり関係書類を添えて届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業所所在地市町村番号 | 　 |
| 届出者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （〒　　　－　　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 代表者の住所 | （〒　　　－　　　　） |
|  |
| 事業所の状況 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 主たる事業所の所在地 | （〒　　　－　　　　） |
|  |
| 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 | （〒　　　－　　　　） |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 管理者の住所 | （〒　　　－　　　　） |
|  |
| 届出を行う事業所の概要 | 同一所在地において行う事業の種類 | 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） |
| 第１号事業 | 基準型訪問介護サービス |  |  | 1.新規 2.変更 3.終了 |  |  |
| 基準型通所介護サービス |  |  | 1.新規 2.変更 3.終了 |  |  |
| 基準緩和型通所介護サービス |  |  | 1.新規 2.変更 3.終了 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関コード等（指定又は許可を受けている場合） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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」欄は記載しないでください。

２　「法人の種別」欄には、「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」欄には、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　「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、該当する数字に「○」を記入してください。

６　「異動項目」欄には、別紙の「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」に揚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、すべての出張所等の状況について記載してください。