

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用・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>

平成 年 月 日

(あて先)

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 殿

申請者 所在地
名称
代表者 印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届出します。

Form with multiple sections: 届出者 (Applicant), 事業所等の状況 (Facility Status), 届出を行う事業所・施設の種類の表 (Table of service types), and 特記事項 (Remarks).

備考1 「受付番号」の欄及び「事業所所在地市町村番号」の欄には、記載しないでください。
備考2 「法人の種類」の欄は、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載してください。
備考3 「法人所轄庁」欄、申請者が主務官庁等の認可又は許可を受けた法人である場合にその主務官庁等の名称を記載してください。
備考4 「実施事業」の欄は、該当する欄に○印を記載してください。
備考5 「異動等の区分」の欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字を○で囲んでください。
備考6 「異動項目」の欄は、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(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。
備考7 「特記事項」の欄は、異動の状況について具体的に記載してください。
備考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事業所等の所在地」について、複数の事業所等を有する場合は、適宜欄を補正し、全ての事業所等の状況について記載してください。