

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>

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 (Facilities), 届出を行う事業所・施設の種類の状況 (Status of facilities), 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。