

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> <介護予防支援事業者用>

平成 年 月 日

淡路市長 様

住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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。

届出書の表形式。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、住所、事業所の状況、届出を行う事業所の状況、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(市町村記載)などの項目を含む。

- 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に「○」を記入してください。
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。