

介護給付費算定にかかる体制等に関する届出書

年 月 日

青梅市長 殿

法人所在地
申請者 法人名称
代表者職・氏名

このことについて、以下のとおり届け出ます。

1 事業所基本情報に関すること

介護保険事業者番号	1	3										
事業所名称	(フリガナ)											
事業所所在地	(郵便番号 -)											
サービス種類	居宅介護支援											
担当者	(職・氏名)											
	連絡先 TEL						FAX					

2 異動情報に関すること

※新規の場合は変更前・変更後は記載せず、適用開始年月日は事業開始予定年月日を記載してください。

加算、体制名称等	
(変 更 前)	(変 更 後)
適用開始年月日	年 月 日

3 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表に関すること

※新規の場合は全ての欄の該当する番号に○を付けてください。変更の場合は『2 異動情報に関すること』に記載した異動のある加算等についてのみ、各欄の該当する番号に○を付けてください。(『2 異動情報に関すること』に記載していない加算等については、記載する必要はありません。)

介 護 給 付 費 算 定 に 係 る 体 制 等 状 況 一 覧 表						
提供サービス	その他該当する体制等					
43 居宅介護支援	情報通信機器等の活用等の体制	1. なし	2. あり			
	特別地域加算	1. なし	2. あり			
	特定事業所集中減算	1. なし	2. あり			
	特定事業所加算	1. なし	2. 加算Ⅰ	3. 加算Ⅱ	4. 加算Ⅲ	5. 加算A
	特定事業所医療介護連携加算	1. なし	2. あり			
	ターミナルケアマネジメント加算	1. なし	2. あり			
	LIFEへの登録	1. なし	2. あり			