（別紙３－２）

受付番号	

介護給付費算定に係る体制等に関する進達書
＜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＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞

令和　　年　　月

知事　殿

市町村長名

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進達します。

届出者	フリガナ 名　　称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　群市 （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	法人である場合その種別		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 県　　群市			
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称				
	主たる事業所の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　群市			
	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	（郵便番号　　－　　） 県　　群市			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名				
	管理者の住所	（郵便番号　　－　　） 県　　群市			

届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	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）	市町村が定める基準の有無（市町村記載）
地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	地域密着型通所介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	療養通所介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	認知症対応型通所介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	小規模多機能型居宅介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	認知症対応型共同生活介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	地域密着型特定施設入居者生活介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	複合型サービス			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	介護予防認知症対応型通所介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	介護予防小規模多機能型居宅介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	介護予防認知症対応型共同生活介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			□ 1 有
	居宅介護支援			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			
	介護予防支援			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了			

地域密着型サービス事業所番号等		
指定を受けている市町村		
介護保険事業所番号		（指定を受けている場合）
既に指定等を受けている事業		
医療機関コード等		

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の横の□を■にしてください。
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（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。
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。