

介護予防・日常生活支援総合事業費算定にかかる体制等に関する届出書

青梅市長 殿

年 月 日

所在地
名称
代表者の氏名

このことについて、関係書類（別表）を添えて次のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ											
	名称											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)										
	連絡先	電話番号					FAX番号					
	法人の種別						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 ー)										
事業所の状況	フリガナ											
	事業所の名称											
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー)										
	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 ー)										
	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 ー)										
届出を行う事業等	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)	
	訪問型サービス(独自)					1 新規 2 変更 3 終了						
	訪問型サービス(独自・定率)					1 新規 2 変更 3 終了						
	訪問型サービス(独自・定額)					1 新規 2 変更 3 終了						
	通所型サービス(独自)					1 新規 2 変更 3 終了						
	通所型サービス(独自・定率)					1 新規 2 変更 3 終了						
	通所型サービス(独自・定額)					1 新規 2 変更 3 終了						
介護保険事業所番号												
特記事項	変更前					変更後						
関係書類		別紙のとおり										
		記入者				連絡先						

備考

- 「法人の種別」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。
- 「法人所轄庁」欄は、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入してください。
- 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「指定年月日」は新規の場合は記入不要です。
- 「異動等の区分」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。
- 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「介護予防・日常生活支援総合事業費算定にかかる体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 「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。
- 「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。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定にかかる体制等に関する届出書

年 月 日

記入例

所在地
名称
代表者の氏名

このことについて、関係書類（別表）を添えて次のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称	法人に関する事項をご記入ください。										
	主たる事務所の所在地											
	連絡先											
	法人の種別											
	代表者の職・氏名											
	代表者の住所											
	事業所の状況							フリガナ 事業所の名称	事業所に関する事項をご記入ください。			
主たる事業所・施設の所在地												
連絡先												
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												
連絡先												
管理者の氏名												
管理者の住所												
届出を行う事業等	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)				
	訪問型サービス(独自)	○	H30. 4. 1	1 新規	2 変更	3 終了	R7. 4. 1	介護職員等処遇改善加算				
	訪問型サービス(独自・定率)			1 新規	2 変更	3 終了						
	訪問型サービス(独自・定額)			1 新規	2 変更	3 終了						
	通所型サービス(独自)			1 新規	2 変更	3 終了						
	通所型サービス(独自・定率)											
	通所型サービス(独自・定額)											
介護保険事業所番号		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
特記事項	変更前						変更後					
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ						介護職員等処遇改善加算Ⅰ					
関係書類		別紙のとおり										
		記入者		〇〇 〇〇		連絡先		〇〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇				

- 備考
- 1 「法人の種別」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。
 - 2 「法人所轄庁」欄は、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入してください。
 - 3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 4 「指定年月日」は新規の場合は記入不要です。
 - 5 「異動等の区分」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。
 - 6 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「介護予防・日常生活支援総合事業費算定にかか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。