

(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><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
令和 年 月

札幌市長 様

所在地
名称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号
届出者
フリガナ名称
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・施設
フリガナ
事業所・施設の名称
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
届出を行う事業所・施設の種類の表
介護保険事業所番号
医療機関コード等
特記事項
関係書類 別添のとり

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
2 「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。
3 「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・施設について該当する数字の横の口を■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。

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＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞
令和 年 月

法人所在地

札幌市長 様

所在地 東京都 ●●●●●●●●

名称 ●●●●●●●● 代表取締役 ■■■■

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ名称	●●●●●●●●					事業所所在地市町村番号	
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 111 - 1111) 東京都●●●●●●●● (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号	●●●●●●●●	FAX番号	●●●●●●●●			
	法人の種類	法人所轄庁		■■■■■				
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	■■■■■			
	代表者の住所	(郵便番号 999 - 9999) 神奈川県▲▲▲▲▲▲▲▲						
事業所・施設の状況	フリガナ事業所・施設の名称	■■■■■■■■■■■■■■■■						
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 111 - 1111) 札幌市●●●●●●●●						
	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 -)						
	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 999 - 9999) 札幌市▲▲▲▲▲▲▲▲							
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において実施する事業等の種類	届出を行う事業所	実施事業	指定(許可)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)	
	夜間対応型訪問介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	地域密着型通所介護	○			<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	R6.5.1	●●加算Ⅰ	
	療養通所介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	認知症対応型通所介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	小規模多機能型居宅介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	認知症対応型共同生活介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	地域密着型特定施設入居者生活介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	複合型サービス				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防認知症対応型通所介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防小規模多機能型居宅介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防認知症対応型共同生活介護				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
居宅介護支援				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
介護予防支援				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
介護保険事業所番号	1 1 1	1 1 1 1 1 1 1	医療機関コードがある場合記載(みなし指定等)					
医療機関コード等		2 2 2 2 2 2 2						
特記事項	変更前	●●●加算Ⅲ						
	変更後	●●●加算Ⅰ に変更						
関係書類	別添のとおり							

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」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」「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・施設について該当する数字の横の口を■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。