

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 < 指定事業者用 >

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 所在地  
 名称  
 代表者職氏名

印

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。

事業所所在地市町番号

届出者	フリガナ 名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号			FAX 番号			
	法人の種類別	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 - )						
事業所の状況	フリガナ 名称							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 - )						
	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事業所等の所在地	(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 - )							
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一の所在地において行う事業等の種類	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)
	訪問介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	訪問入浴介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	訪問看護			1 新規	2 変更	3 終了		
	訪問リハビリテーション			1 新規	2 変更	3 終了		
	居宅療養管理指導			1 新規	2 変更	3 終了		
	通所介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	通所リハビリテーション			1 新規	2 変更	3 終了		
	短期入所生活介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	短期入所療養介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	特定施設入居者生活介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	福祉用具貸与			1 新規	2 変更	3 終了		
	居宅介護支援			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護老人福祉施設			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護老人保健施設			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護療養型医療施設			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防訪問介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防訪問入浴介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防訪問看護			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防通所介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防短期入所生活介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防短期入所療養介護			1 新規	2 変更	3 終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			1 新規	2 変更	3 終了		
介護予防福祉用具貸与			1 新規	2 変更	3 終了			
介護保険事業所番号								
医療機関コード等	(指定又は許可を受けている場合)							
特記事項	変更前			変更後				
関係書類	別添のとおり							

記入担当者名

- 備考
- 1 印の欄は記載しないでください。
  - 2 「法人の種別」欄は、届出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、届出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に「 」を記入してください。
  - 6 「異動項目」欄には、別紙「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 「主たる事務所の所在地以外の場所で一部実施する場合の事業所の所在地」について、複数の事業所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての事業所等の状況について記載してください。