

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(指定地域密着型サービス事業者等)

平成 年 月 日

(あて先) 御前崎市長

所在地
名称
代表者氏名

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。

事業所所在地市町村番号

Form with sections: 届出者 (フリガナ, 名称, 主たる事務所の所在地, 連絡先, 代表者の職・氏名, 代表者の住所), 事業所・施設の状態 (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..., 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 (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), 介護保険事業所番号, 指定を受けている市町村, 医療機関コード等, 特記事項, 関係書類

- 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」「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に「○」を記入してください。
6 「異動項目」欄には、「介護給付費算定に係る体制等状況表」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...」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。
9 添付書類 (1) 介護給付費算定に係る体制等状況表 (2) 介護給付費算定に係る体制等状況表の備考欄に記載された書類

担当者氏名:
連絡先: