

(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>
平成 年 月 日
後志広域連合長 様

所在地
名称 印
(法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名)

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。

届出者情報表、事業所状況表、届出を行う事業所状況表、地域密着型サービス事業所番号等、特記事項、関係書類欄

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
備考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。
備考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。
備考4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
備考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に「○」を記入してください。
備考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。
備考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。
備考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。