

受付番号	
区コード	No.

第1号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書  
(札幌市介護予防・日常生活支援総合事業)

年 月 日

札幌市長 様

住所  
申請者  
氏名 (印)  
(法人にあつては、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	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		
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 - )				
	事業所名					
	事業所の所在地	(郵便番号 - ) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
届出事業所	管理者の住所	(郵便番号 - )				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施 状況	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定) 年月日	
	第1号訪問事業(訪問介護相当型サービス)			1 新規 2 変更 3 終了		
	第1号通所事業			1 新規 2 変更 3 終了		
併設事業所	第1号介護予防支援事業			1 新規 2 変更 3 終了		
	訪問介護			/		
	(地域密着型)通所介護					
介護予防支援						
介護保険事業所番号		(指定を受けている場合)				
特記事項	変 更 前			変 更 後		
関係書類 別添のとおり						

- 【備考】 1 「受付番号」、「区コード」、「No.」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」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 「実施状況」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1-4)「第1号事業支給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。