

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

札幌市長 様

住所
申請者
氏名

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	フリガナ 名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)				
		(ビルの名称等)				
	連 絡 先	電話番号		FAX番号		
	法 人 の 種 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 ー)				
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー)				
		(ビルの名称等)				
	事業所名					
	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 ー)				
	(ビルの名称等)					
	出張所等の連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 ー)				
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施 状況	指定年月日	異動等の区分	異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	指定 居宅 サービス	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		
		特定福祉用具販売		1 新規 2 変更 3 終了		
	施設	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		
		介護医療院		1 新規 2 変更 3 終了		
	介護予防サービス	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		
		特定介護予防福祉用具販売		1 新規 2 変更 3 終了		
介護保険事業所番号				(指定を受けている場合)		
既に指定等を受けている事業						
医療機関コード等						
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1-1、別紙1-2)「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。