介護予防・日常生活支援総合事業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

利府町長　殿

申請者　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者職・氏名 | 職　名 | | |  | | | | | | | | | | 氏　名 | | | | |  | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設 | 事業所番号 |  |  |  | | |  | |  |  |  | |  | | | |  |  | ※既に指定を受けている場合のみ | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | |  | |
| 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 |
| 訪問介護相当サービス | | |  | | | |  | | | | | | 新規・変更・終了 | | | | | | | | |  |
| 訪問型サービスＡ | | |  | | | |  | | | | | | 新規・変更・終了 | | | | | | | | |  |
| 通所介護相当サービス | | |  | | | |  | | | | | | 新規・変更・終了 | | | | | | | | |  |
| 通所型サービスＡ | | |  | | | |  | | | | | | 新規・変更・終了 | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | | | 新規・変更・終了 | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | | | 新規・変更・終了 | | | | | | | | |  |
| 特記事項 | 変　　　　更　　　　前 | | | | | | | | | | | 変　　　　更　　　　後 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

備　考

　１　「（みなし）※」は平成27年3月31日までに「介護予防訪問介護」又は「介護予防通所介護」の指定を受けた事業所が対象となります。

２　「実施事業」欄は、該当するサービス欄に○を記入してください。