（別紙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〈指定居宅サービス事業者等〉

年　　月　　日

（あて先）浜松市長

所　在　地
名　　称
代表者氏名

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。

（署名又は記名押印をしてください。）

事業所所在地市町村番号	

届出者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市 （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	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡市			
	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　　－　　） 県　　郡市			
	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　　－　　） 県　　郡市			

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（許可）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		
	療養通所介護			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		
指定介護予防サービス	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		
居宅介護支援				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		
	介護医療院			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		

介護保険事業所番号			
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」「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。
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。
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：