

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)

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

所在地
名称
代表者氏名

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 ー) 県 都市 (ビルの名称等)						
	連絡先 法人の種類	電話番号	FAX番号		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 ー) 県 都市						
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市						
	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 ー) 県 都市						
	連絡先	電話番号	FAX番号					
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市						
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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)
	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		
	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 「法人の種類」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 : _____

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(基準該当居宅サービス事業者等)

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

所在地
名称
代表者氏名

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。

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 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先 法人の種類	電話番号		FAX番号		
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 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 ー) 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 ー) 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 ー) 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	登録年月日	異動等の区分	異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	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		
	通所介護			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		
	福祉用具貸与			2新規 3変更 4終了		
	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所介護			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		
	介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防支援			1新規 2変更 3終了		
基準該当事業所番号						
登録を受けている市町村						
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」「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 「法人の種類」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：

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書(指定地域密着型サービス事業者等)

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

所在地
名称
代表者氏名

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。

事業所所在地市町村番号

Form with sections: 届出者 (フリガナ, 名称, 主たる事務所の所在地, 連絡先, 代表者の職・氏名, 代表者の住所), 事業所・施設 (主たる事業所・施設の所在地, 連絡先, 主たる事業所の所在地以外, 連絡先, 管理者の氏名, 管理者の住所), 届出を行う事業所・施設の種類 (Table with columns: 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, 異動項目), 介護保険事業所番号, 指定を受けている市町村, 医療機関コード等, 特記事項, 関係書類

- 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 「法人の種類」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:

受付番号

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第一号事業費算定に係る体制等に関する届出書

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

所在地
名称
代表者氏名

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。

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 ー) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	法人の種類	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名	氏名			
事業所・施設の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 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 ー) 県 郡市				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
届出を行う事業所の種類	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	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	異動項目(※変更の場合)
	第1号事業			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問サービス (現行相当の訪問型サービス)			1新規 2変更 3終了		
	生活支援訪問サービス (緩和した基準による訪問型サービス)			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所サービス (現行相当の通所型サービス)			1新規 2変更 3終了		
特記事項	介護保険事業所番号					
	医療機関コード等					
	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 「法人の種類」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。基準該当サービスの場合は「基準該当」と記載してください。
 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、「浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第一号事業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) 浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第一号事業費算定に係る体制等状況表
 (2) 浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第一号事業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：