

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和 年 月 日

久留米市長あて

所在地

名 称

代表者職・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。

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 -) 都・道 府・県 市・区 町・村 (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 -) 都・道 府・県 市・区 町・村 (ビルの名称等)					
事業所の状況	フリガナ						
	名 称						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 -) 福岡 都・道 府・県 久留米市 市・区 町・村 (ビルの名称等)					
	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 -) 福岡 都・道 府・県 久留米市 市・区 町・村 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	管理者の氏名						
届出を行う事業等の種類	管理者の住所	(郵便番号 -) 都・道 府・県 市・区 町・村 (ビルの名称等)					
	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)	
	身体援助訪問サービス			1新規 2変更 3終了			
	元気援助訪問サービス			1新規 2変更 3終了			
	生活援助訪問サービス			1新規 2変更 3終了			
	介護予防通所サービス			1新規 2変更 3終了			
	元気向上通所サービス			1新規 2変更 3終了			
短期集中通所サービス			1新規 2変更 3終了				
介護保険事業所番号							
特記事項	変 更 前			変 更 後			
関係書類		別添のとおりに					
届出担当者		氏名			電話番号		

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1.1-2)「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。

(別紙1)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

記入担当者氏名

事業所電話番号

※異動区分は記入しないでください

異動区分

1:新規、2:変更、3:終了

事業所番号

4

0

事業所名

※ 実施するサービスに関して○を付け、全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。

提供サービス	適用開始年月日	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等			LIFEへの登録
身体援助 訪問サービス	令和 年 月 日			介護職員処遇改善加算	1 なし 5 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ 3 加算Ⅲ 4 加算Ⅳ 5 加算Ⅴ		1 なし
				介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ		2 あり