

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>

法人の名称, 所在地及び代表者名を記入。

平成〇〇年 〇月〇〇日

広島県知事様

住所 広島市中区基町〇番〇〇号

開設者 (所在地)

氏名 社会福祉法人〇〇会 理事長□□ □□ 印

(名称及び代表者氏名)

このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

事業所の名称及び所在地を記入。

事業所名	☆☆通所介護事業所	
主たる事業所の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 広島市安佐北区××町×丁目××番××号 (電話番号 082-000-0000) (FAX 番号 082-000-0000)	
〔事業所所在地以外〕 の場所で一部実施 する場所の事業所 の所在地	〒 - - (電話番号 - -) (FAX 番号 - -)	
管理者	氏名	□□ □□
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 広島市中区基町△番△△号
提供サービスの種類	通所介護	新規指定時の届出については、1 新規に○をつける。その後、届出の内容を変更する場合は、2 変更○をつける。
指定年月日	平成 13 年 4 月 1 日	
事業所番号	3 4 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
異動等の区分	1 新規 2 変更 3 終了	
異動年月日	平成 19 年 ○ 月 1 日	
変更前		変更後
(例) 口腔機能向上体制なし		(例) 口腔機能向上体制あり
関係書類	別添のとおり	

- 備考 1 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」(別表)を参考として必要事項を記載した書類を添付すること。
 2 「事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の事業所の所在地」について、複数の事業所を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての事業所の状況について記載すること。
 3 事業所番号欄は、事業所番号が通知されていない場合、空欄で構いません。
 4 提供サービスの種類欄は、1つの事業所(事業所番号)で、複数の提供サービスがある場合、全てを記入してください。