

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

受付番号

平成 年 月 日

奈良市長 殿

所在地

名称及び
代表者氏

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	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			
	代表者の職・氏名	職 名				氏 名			
	代表者の住所		(郵便番号 —)						
事業所・施設の状況	名 称								
	主たる事業所の所在地		(郵便番号 —)						
	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 —)						
届出を行う事業所の施設の種類	同一所在地において行う事業の種類		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				
		居宅介護支援			1新規 2変更 3終了				
		施設の種類	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			
	介護療養型医療施設				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					
介護保険事業所番号		2 9		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」欄には記載しないでください。

2 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

3 「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。

4 「異動項目」欄には、別紙「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。

5 「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。

6 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する事業所等を有するときは、適宜欄を補正して、全ての事業状況について記載してください。