

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

(届出先) 標茶町長

所在地

申請者 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。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|-------------------|--------|------|-----------|--------|--|-------|-------|--|--|--|---------------------------------|
| 事業所又は施設 | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険 事業所番号 | | | | | | | | | | | | 既に指定(許可)を受けている 場合のみ記入してください。 |
| | 所在地 | | (〒 -) | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | FAX番号 | | | | |
| 届出を行う事業所・施設の 種類 | 介護予防・日常生活支援総合事業 | 同一所在地内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 | | 異動年月日 | | | | | |
| | | 訪問型サービス | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問型サービス(みなし) | | | | | | | | | | | |
| | | 通所型サービス | | | | | | | | | | | |
| | | 通所型サービス(みなし) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | 変更前 | | | | | 変更後 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

- 備考
- 1 「申請者」欄については、事業所ではなく、開設法人について記載してください。
 - 2 「実施事業」欄については、提供している事業に○印を付してください。
 - 3 「異動等の区分」欄については、新規・変更・終了のいずれかの区分を記載してください。