

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

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・施設の種類の種類	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。