

担当者氏名	
電 話	
F A X	

豊山町介護予防・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<指定事業者用>

豊山町長

年 月 日

所在地
名称
代表者の氏名

㊤

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。

届出者	フリガナ 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	
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ 氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 -)			
事業所の状況	フリガナ 事業所の名称				
	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 -)			
届出を行う事業等	同一所在地において行う事業の種類	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)
			1新規 2変更 3終了		
			1新規 2変更 3終了		
			1新規 2変更 3終了		
介護保険事業所番号					
医療機関コード等					
特記事項	変 更 前		変 更 後		

- 備考 1 「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。
- 2 「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入してください。
- 3 「実施事業」欄は、該当する欄に○記入してください。
- 4 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字を○で囲んでください。
- 5 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「豊山町介護予防・日常生活支援総合事業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。
- 6 「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。

〔記入〕

番号を間違えないようにしてください。

担当者氏名	山田 次郎
電話	052-000-0000
FAX番号	052-000-0000

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>

愛知県知事殿

発送日を記入

平成 21 年 3 月 23 日

所在地 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号
 名称 株式会社愛知〇〇サービス
 代表者の氏名 代表取締役 愛知 花子



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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャアイチ〇〇サービス 株式会社愛知〇〇サービス				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号				
	連絡先	電話番号	052-000-0000	FAX番号	052-000-0000	
	法人の種別	株式会社		法人所轄庁		
代表者の職・氏名	職名	代表取締役		フリガナ 氏名	アイチ ハナコ 愛知 花子	
	代表者の住所	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 小牧市〇〇一丁目〇番〇号				
事業所の状況	フリガナ 事業所の名称	ツカシヨカイゴアイチ〇〇サービス 通所介護愛知〇〇サービス				
	事業所の所在地	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 名古屋市中区三の丸三丁目〇番〇号				
	連絡先	電話番号	052-000-0000	FAX番号	052-000-0000	
	管理者の氏名	田中 太郎				
管理者の住所	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 名古屋市中区三丁目〇番〇号					
届出を行う事業等	同一所在地において行う事業等の種類	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)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			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		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	通所介護	○	平成16年10月1日	1新規 2変更 3終了	平成21年4月1日	
	介護予防通所介護	○	平成18年4月1日	1新規 2変更 3終了	平成21年4月1日	
	通所リハビリテーション			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		
	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		
	介護予防短期入所療養介護			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		
	介護予防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		
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
特定福祉用具販売			1新規 2変更 3終了			
介護予防特定福祉用具			1新規 2変更 3終了			
居宅介護支援事業			1新規 2変更 3終了			
施設	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		
介護保険事業所番号	2 3 1 2 0 0 0 0 0 0					
医療機関コード等						
特記事項	変更前				変更後	
	通常規模型事業所				大規模型事業所 I サービス提供体制強化加算 II	

更新した場合でも、当初の指定日を記入してください。

変更には○を付けてください。(別紙にある区分も「変更」になります。)

特記事項欄に記入した場合は空欄で結構です。

今回届け出る加算内容を記入してください。