

**記載例（1事業所の場合）**

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

2020年 2月 〇日

福 山 市 長 様

所在地 **福山市東桜町〇番〇号**  
 事業(開設)者 (個人にあつては、住所)  
 名 称 **〇△株式会社**  
 代表者職・名前 **代表取締役 〇〇 △ 印**  
 (個人にあつては、名前)

介護保険法（平成9年法律第123号）の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

介護保険事業所番号		3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
介護保険事業所番号(総合事業)		3	4	A	0	0	0	0	0	0	0	0	
事業所(施設)名		<b>〇△通所介護事業所</b>											
事業所(施設)の所在地		〒 - (電話番号 - - ) (FAX番号 - - )											
出張所等の所在地		〒 - (電話番号 - - ) (FAX番号 - - )											
管 理 者	名 前	/											
	住 所	〒 -											
サービスの種類	介護サービス	<b>地域密着型通所介護</b>						異動区分	<del>1新規 2変更 3終了</del>				
	介護予防サービス								<del>1新規 2変更 3終了</del>				
	総合事業(相当)	<b>介護予防相当通所事業</b>							<del>1新規 2変更 3終了</del>				
異 動 年 月 日		2020年4月1日											
変 更 前						変 更 後							
<b>処遇改善加算 なし</b>						<b>処遇改善加算 加算 I</b>							
変更前の加算区分を記入してください。						変更後の加算区分を記入してください。							
関 係 書 類		別 添 の と お り											
届出書担当者	<b>福山 花子</b>	連 絡 先	<b>084-〇〇〇-〇〇〇〇</b>										

- 備考1 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」(別表)及びその他の必要書類を添付すること。  
 2 「出張所等の所在地」欄は、主たる事業所(施設)の所在地以外の場所で一部実施する出張所等がある場合に、適宜欄を補正して全て記入すること。  
 3 「サービスの種類」欄は、介護サービス、介護予防サービス及び総合事業(相当)の事業を同一の事業所において一体的に運営する場合に、それぞれ記入すること。