

(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

2021年〇月〇日

福 山 市 長 様

所在地 福山市東桜町3番5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 △△
 (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。

総合事業の指定を受けている場合記入。		介護保険事業所番号	3	4	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇			
		介護保険事業所番号(総合事業)	3	4	A	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		
〇△通所介護事業所																
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	地域密着型通所介護						異動区分	1 新規 2 変更 3 終了							
	介護予防サービス								1 新規 2 変更 3 終了							
	総合事業(相当)	介護予防相当通所事業							1 新規 2 変更 3 終了							
異動年月日		2021年4月1日														
変 更 前						変 更 後										
介護職員処遇改善加算(なし) I II III IV V						介護職員処遇改善加算(なし) I II III IV V										
介護職員等特定処遇改善加算(なし) I II						介護職員等特定処遇改善加算(なし) I II										
関係書類の添付のとおりに																
届出書担当者	福	変更前の加算区分に〇をしてください。						連絡先	084-92						変更後の加算区分に〇をしてください。	

- 備考1 「介護給付費算定書」(別表)及びその他の必要書類を添付してください。
- 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。