

(複数事業所の場合)

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。

		介護保険事業所番号		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
		介護保険事業所番号(総合事業)		3	4	A															
事業所(施設)名		別紙「様式2-2 個表-処遇」及び別紙「様式2-3 個表-特定」のとおり																			
事業所(施設)の所在地		<del>〒 - (電話番号 - - ) (FAX番号 - - )</del>																			
出張所等の所在地		<del>〒 - (電話番号 - - ) (FAX番号 - - )</del>																			
管理者	名前	<del>〒 -</del>																			
	住所	<del>〒 -</del>																			
サービスの種類	介護サービス	<del>1新規 2変更 3終了</del>												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>													<del>1新規 2変更 3終了</del>						
	総合事業(相当)	<del>1新規 2変更 3終了</del>													<del>1新規 2変更 3終了</del>						
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) <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V )									介護職員処遇改善加算(なし) <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> V )												
介護職員等特定処遇改善加算(なし) <input checked="" type="radio"/> I <input type="radio"/> II )									介護職員等特定処遇改善加算(なし) <input checked="" type="radio"/> I <input checked="" type="radio"/> II )												
関係書類		別添のとおり																			
届出書担当者		福山 太郎												連絡先		084-92					

備考1 「変更前の加算区分に○をしてください。」  
 2 「一括して提出する事業所のうち、加算(I)加算(II)を算定する事業所がある場合は、両方に○をしてください。」  
 3 「等状況一主たる事業所」  
 記入する介護サービスに、それ