

(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

2022年 〇月〇〇日

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 O△株式会社
代表者職・名前 代表取締役 OO △△
(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 〒 - (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 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) 1新規 2変更 3終了
異動年月日 2022年〇月〇日
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)
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)
介護職員等ベースアップ等支援加算(なし あり) 介護職員等ベースアップ等支援加算(なし あり)
関係書類 別添のとおりに
届出書担当者 福山 連絡先 084-928-

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してください。
2 「変更前の加算区分」欄は、主たる事業所(施設)の所在地以外の場所等で一部実務を行う事業所等がある場合は、主たる事業所(施設)の所在地に記入して全て記入すること。
3 「変更後の加算区分」欄は、介護サービス、介護予防サービス、介護支援事業所等を行う場合に、それぞれ記入してください。

変更前の加算区分に〇をしてください。

変更後の加算区分に〇をしてください。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、両方に〇をしてください。