

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

所在地
名称
代表者氏名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所の状況	フリガナ 事業所名					
	介護保険事業所番号	0	2			
	事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	連絡先	電話番号	FAX番号			
	同一の所在地において行う事業等の種類	実施事業	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)	
指定居宅サービス・指定介護予防サービス	訪問介護		1新規 2変更			
	訪問入浴介護		1新規 2変更			
	訪問看護		1新規 2変更			
	訪問リハビリテーション		1新規 2変更			
	居宅療養管理指導		1新規 2変更			
	通所介護		1新規 2変更			
	通所リハビリテーション		1新規 2変更			
	短期入所生活介護		1新規 2変更			
	短期入所療養介護		1新規 2変更			
	特定入居者生活介護		1新規 2変更			
	福祉用具貸与		1新規 2変更			
	特定福祉用具販売		1新規 2変更			
	介護予防訪問介護		1新規 2変更			
	介護予防訪問入浴介護		1新規 2変更			
	介護予防訪問看護		1新規 2変更			
	介護予防訪問リハビリテーション		1新規 2変更			
	介護予防居宅療養管理指導		1新規 2変更			
	介護予防通所介護		1新規 2変更			
	介護予防通所リハビリテーション		1新規 2変更			
	介護予防短期入所生活介護		1新規 2変更			
介護予防短期入所療養介護		1新規 2変更				
介護予防特定入居者生活介護		1新規 2変更				
介護予防福祉用具貸与		1新規 2変更				
特定介護予防福祉用具販売		1新規 2変更				
施設	居宅介護支援		1新規 2変更			
	介護老人福祉施設		1新規 2変更			
	介護老人保健施設		1新規 2変更			
	介護療養型医療施設		1新規 2変更			
特記事項	変更前		変更後			
関係書類	別添のとおり					

届出に関して確認を要する場合の連絡先 (必ず記載すること)

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください
- 2 「実施事業」欄は、該当する欄に「O」を記入してください。
- 3 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「O」を記入してください。
- 4 「異動項目」欄には、(別紙1)「介護給付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。
- 5 「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。

この届出に関する担当者及び連絡先	
担当者名	
連絡先	TEL
	FAX