

(別紙1)

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

川辺町長 様

年 月 日

所在地
名称

印

このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別	法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 -)				
事業所・施設の状態	フリガナ 事業所・施設の名称					
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	上記以外の場所以て実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 -)				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)
	通所型サービス(みなし) A5			1新規 2変更 3終了		
	通所型サービス(独自) A6			1新規 2変更 3終了		
				1新規 2変更 3終了		
				1新規 2変更 3終了		
事業所番号						
特記事項						
備考						

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記入しないでください。
- 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 「実施事業」欄は、該当する欄に○を記入してください。
- 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字を○で囲んでください。
- 「異動項目」欄には、(別紙2)「介護予防・日常生活支援総合事業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。
- 「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。
- 「主たる事務所の所在地以外の場所以て一部実施する場合の事業所等の所在地」について、複数の事業所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての事業所等の状況について記載してください。