

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
 <地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者用>

xx年 x月 xo日

(宛先) 周南市長

加算(減算)等の算定体制に変更がある場合は、「(別紙様式第二号(四))変更届出書」ではなく、当該様式で届け出てください。

届出者 所在地 周南市岐山通1-1
 名称 株式会社〇〇
 代表者名 代表取締役 周南 太郎

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	グループホーム●●								
	事業所・施設の名称	グループホーム●●								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 745 — xxxx) 周南市岐山通1-1								
	連絡先	電話番号	0834-00-0002		FAX番号	0834-00-0003				
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部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						
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定期月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	市町村が定める単位の有無(市町村記載)			
	夜間対応型訪問介護			<input type="checkbox"/> 新規指定で、算定体制を届け出る場合には指定年月日を記載してください。変更の場合は不要です。			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	地域密着型通所介護						<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	療養通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	認知症対応型通所介護	○		<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和xx年o月x日	その他該当する体制等	<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	認知症対応型共同生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	地域密着型特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	複合型サービス			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	介護予防認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
	介護予防小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無			
介護予防認知症対応型共同生活介護	○		<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和xx年o月x日	その他該当する体制等	<input type="checkbox"/> 1有 <input type="checkbox"/> 2無				
居宅介護支援			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了							
地域密着型サービス事業所番号等	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
指定を受けている市町村	△△市									
介護保険事業所番号	周南市以外に指定を受けている場合(みなし指定を含む)									
既に指定等を受けている事業	(指定を受けている場合)									
医療機関コード等										
特記事項	変更前					変更後				
	サービス提供体制強化加算Ⅱ					サービス提供体制強化加算Ⅰ				
関係書類	別添のとおり									

- 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、該当する事業の欄の「○」を選択してください。
 3 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の「□」を「■」にしてください。
 4 「異動項目」欄には、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。
 6 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。