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く指定事業者用>

市町村長 殿

令和

年

月

所在地 名 称

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

	_ ,	ここについて、民所自及と派		, ,, C	00 УД	., щ о, ,	0			事業所所	在地市町村番号	1	
		ガナ								· 			
	名	称	/										
		- + 76 + W	(郵便番号 —)										
届	王た	る事務所の所在地											
ш	`击 伙	7 /-	(ビルの名称等)							FAX番	ž D		
Щ	連絡	ì 九 の種別	電話番号				1	法人所轄庁			万		
者		の程列 者の職・氏名	職名							氏名	7		
白	10衣	有の概・氏石								八 1			
	代表者の住所		(포기도	TH 7	県	_		群市					
					示			41111					
	主たる事業所・施設の		(郵便番号 —										
_			県			群市							
事	所在	地			710			H1 112					
業 所	連絡	5 先	電話番号					FAX番号					
HT •		る事業所の所在地以外の場所で		番号		_)					
施	一部実施する場合の出張所等の所在				県			群市					
設	地												
の	連絡先			電話番号						FAX番	FAX番号		
状	管理	者の氏名	/										
況	管理者の住所		(郵便番号 — —) TV —					
,,,,													
	=-	正大地に おいて 行る		中佐	七 中	(計司)	ı	田私生の	レス ハ		異動(予定)	異動項目	
₽	同一所在地において行う 事業等の種類		実施 指定(許可) 事業 年月日				異動等の区分			年月日	(※変更の場合)		
届出	尹木	子 07 佳		于木	十刀に						十八口	(八叉丈)/勿口/	
か		訪問型サービス(独自)		į				□ 1新規	□ 2変更	□ 3終了			
を行う事		訪问空サービス(独日)		ļ									
う	訪問型サービス(独自・定図		/ /	į				□ 1新規	□ 2変更	□ 3終了			
事			半 丿	!									
業 所			\ 	•				□ 1新規	□ 2変更	□ 3終了			
肵		訪問型サービス(独自・定額)	ļ									
· 施				İ				□ 1新規	□ 2変更	□ 3終了			
設		通所型サービス(独自)		<u> </u>									
の				ļ				□ 1新規	□ 2変更	□ 3終了			
種	通所型サービス(独自・定率		ೱ)										
類				į				口 1新钼	□ 2変更	口 3級フ			
		通所型サービス(独自・定額	湏)					া কাসে	□ 2友史	☐ 01kg 1			
介護	介護保険事業所番号												
特	変更前							変	更後				
記													
事													
項													
		書類 別添のとおり											

- 備考1
- 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」 「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、申請者が認可に入てある場合に、その主務官庁の名称を記載してください。 2

 - 「実施事業」欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。 「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の横の口
 - 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「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 6 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。