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

（現行相当サービス・緩和した基準によるサービス）

　　年　　月　　日

稲美町長　様

所在地

申請者　法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　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 | 介護保険事業所番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電 話 番 号 | | |  | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 届出を行う事業の種類 |  | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | | 異動等の区分 | | | 異動年月日 |
| 介護予防・  生活支援  サービス事業 | 介護予防型訪問サービス | | | | | | | | | |  | | | | | １新規　２変更　３終了 | | |  |
| 生活援助型訪問サービス | | | | | | | | | |  | | | | | １新規　２変更　３終了 | | |  |
| 介護予防型通所サービス | | | | | | | | | |  | | | | | １新規　２変更　３終了 | | |  |
| いきいき通所サービス | | | | | | | | | |  | | | | | １新規　２変更　３終了 | | |  |
| 変更の内容 | 変更前 | | | | | | | | | | | | | 変更後 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |

(備考)　１．「実施事業」欄は、今回届け出るものに「〇」を記入してください。

　　　　２．介護保険事業所番号は、既に指定（許可）を受けている場合のみ記入してください。

　　　　３．「特記事項」欄は、加算・減算の名称及び異動形態を記入してください。

　　　　　　例:新規取得する場合　　…「変更後」欄に○○○加算（新規）

　　　　　　　 内容を変更する場合　…「変更前」欄に○○○加算（Ⅰ）、「変更後」欄に○○○加算（Ⅱ）

　　　　　　　 取得を終了する場合　…「変更後」欄に○○○加算（Ⅰ）（終了）