

(別紙2)

受付番号

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

令和 年 月 日

富良野市長 様

<届出者>

所在地

名称

代表者

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。

Form with multiple sections: 届出者 (Applicant), 事業所・施設の状態 (Facility Status), 届出を行う事業所・施設の種類 (Types of facilities), 介護保険事業所番号 (Nursing Insurance Facility Number), 特記事項 (Remarks). Includes a table for facility types with columns for implementation, date, and status.

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
2 「法人の種類」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。
3 「法人所轄庁」欄、届出者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
5 「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「○」を記入してください。
6 「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。
7 「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。
8 「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。