

(別紙3-2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
<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・介護予防支援事業者用>
令和 年 月 日

郡山市長

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。

届出者	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ー) 県 群市 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
	法人である場合その種別	法人所轄庁					
	代表者の職・氏名	職名	氏名				
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー ー) 県 群市					
	フリガナ 事業所・施設の名称						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー ー) 県 群市					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
	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 ー ー) 県 群市					
届出を行う事業所の状況	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 ー ー) 県 群市					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	市町村が定める単位の有無(市町村記載)
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有
		地域密着型通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有
		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
		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
		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
		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
		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
		地域密着型介護老人福祉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
		定期巡回・随時対応型訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有
		複合型サービス			<input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有
		介護予防訪問介護			<input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有
介護予防小規模多機能型居宅介護				<input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有	
介護予防訪問介護				<input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有	
居宅介護支援				<input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有	
介護予防支援			<input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		<input type="checkbox"/> 1有		
地域密着型サービス指定を受けている介護保険事業所番号	(指定を受けている場合)						
特記事項	変更前	変更後					
	介護職員処遇改善加算Ⅰ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ 介護職員等ベースアップ等支援加算あり 総合マネジメント体制強化加算Ⅱ	介護職員等処遇改善加算Ⅰ 総合マネジメント体制強化加算Ⅰ 口腔連携強化加算あり					

「変更前」には、これまで加算を受けていた処遇改善加算の内容を記載ください。
今回変更する加算があれば、変更前の加算の内容も記載ください。

「変更後」には、新たな処遇改善加算の内容を記載ください。
今回変更する加算や新たに申請する加算があれば、記載ください。

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法」「医療法」「社団法」「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、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁を記入してください。
 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について該当する異動項目を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況」欄に記載されている体制等区分、その他該当する体制等(割引)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」欄は、複数の出張所等がある場合は、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。