

受付番号

＜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

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) 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					
事業所の状況	代表者の職・氏名	職名					氏名				
	代表者の住所	(郵便番号 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) 県 群市									
事業所の状況	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) 県 群市									
	連 絡 先	電話番号					FAX番号				
	管理者の氏名										
事業所の状況	管理者の住所	(郵便番号 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(市町村記載)		
	夜間対応型訪問介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	地域密着型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
地域密着型サービス	療養通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	地域密着型特定施設入居者生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	複合型サービス			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	介護予防認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	介護予防小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	介護予防認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有		
	居宅介護支援			☐ 2変更	☐ 3終了						
介護予防支援			☐ 2変更	☐ 3終了							
地域密着型サービス			☐ 2変更	☐ 3終了							
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)										

「変更前」には、これまで加算を受けていた内容を記載ください。

既に指定等を受けている事業					
医療機関コード等					
特記事項	変更前			変更後	
	個別機能訓練加算なし 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Ⅲ			個別機能訓練加算Ⅰ 総合マネジメント体制強化加算Ⅰ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	

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。

「変更後」には、新たに取得する加算の内容を記載ください。