姶良市介護予防・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

年　　月　　日

　　姶良市長　殿

所在地

申請者　法人名

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（主たる事務所の所在地・名称・代表者の氏名）

このことについて、関係書類を添えて以下の通り届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・日常生活支援総合事業第１号事業 | | 専門的支援型訪問介護（現行相当） | | | | | | | | | | |  | | | １新規　２変更　３終了 | | |  |
| 生活援助中心型サービス（Ａ型） | | | | | | | | | | |  | | | １新規　２変更　３終了 | | |  |
| 専門的支援型通所介護（現行相当） | | | | | | | | | | |  | | | １新規　２変更　３終了 | | |  |
| 自立支援型通所サービス（Ａ型） | | | | | | | | | | |  | | | １新規　２変更　３終了 | | |  |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注意)　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」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

　　　　　　　例　変更前：サービス提供体制強化加算 なし

　　　　　　　　　変更後：サービス提供体制強化加算 加算Ⅰロ