

(別紙2)

介護給付費（第1号事業給付費）算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

堺市長 殿

主たる事務所の所在地

届出者 名称

代表者の職・氏名

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。

事業所又は施設	名称													
	所在地	(〒 —)												
	介護保険事業所番号													
異動等の区分			1.新規	○	2.変更		3.終了							
異動（予定）年月日		令和 6 年 4 月 1 日												
届出を行う事業所・施設の種類	居宅サービス	訪問介護				実施事業		地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				実施事業	
		訪問入浴介護							夜間対応型訪問介護					
		訪問看護							地域密着型通所介護					
		訪問リハビリテーション							認知症対応型通所介護					
		居宅療養管理指導							小規模多機能型居宅介護					
		通所介護							認知症対応型共同生活介護					
		通所リハビリテーション							地域密着型特定施設入居者生活介護					
		短期入所生活介護							地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					
		短期入所療養介護							看護小規模多機能型居宅介護					
		特定施設入居者生活介護				○			介護予防認知症対応型通所介護					
	福祉用具貸与						介護予防小規模多機能型居宅介護							
	介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護						施設	介護予防認知症対応型共同生活介護					
		介護予防訪問看護							介護老人福祉施設					
		介護予防訪問リハビリテーション							介護老人保健施設					
		介護予防居宅療養管理指導							介護医療院					
		介護予防通所リハビリテーション							介護予防訪問サービス					
		介護予防短期入所生活介護							介護予防通所サービス					
		介護予防短期入所療養介護							居宅介護支援					
		介護予防特定施設入居者生活介護				○			介護予防支援					
		介護予防福祉用具貸与												
特記事項		変 更 前							変 更 後					
							「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（改定用）」のとお							
関係書類		別添のとお												

備考1 「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。
2 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
3 「特記事項」欄には、変更する項目について変更前・変更後を記載してください。（新規・終了の場合は記載不要）

担当者		連絡先	
-----	--	-----	--