

(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 | | | 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 事業 号 第 一 | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | 実施事業 | | |
| | | 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 | |
|-----|--|-----|--|