

(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													
	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															
	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）」のとおりに記載してください。										
関係書類		別添のとおりに記載してください。																			

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	
-----	--	-----	--