

(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 7 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					事業号第1	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	
-----	--	-----	--