(別紙1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

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

鹿嶋市長　　　　　　　　　　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

このことについて，関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  | (既に指定を受けている場合) | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | |
| 届出を行う事業の種類 | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | 指定年月日 | | | | | 異動等の区分 | | 異動年月日 |
|  | 介護予防訪問型サービス | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | 1 新規　2 変更　3 終了 | |  |
| 介護予防通所型サービス | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | 1 新規　2 変更　3 終了 | |  |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前 | | | | | | | | | | | | | | | | | 変更後 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 関係書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考1　「受付番号」欄には記載しないでください。

　　2　「実施事業」欄は，該当する欄に「〇」を記入してください。

　　3　「異動等の区分」欄には，今回届出を行う事業所について該当する数字に「〇」を記入してください。

4　「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。