

記載例

受付番号

届出日を記入

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 3 年 1 月 1 日

佐賀県知事 殿

法人の内容を記入(事業所の名称等を記入しないこと)

所在地 佐賀県〇〇市〇〇町1-1-1 医療法人 介護保険会 理事長 佐賀太郎

押印は不要

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。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	イリョウホウジン カイゴホケンカイ 医療法人 介護保険会 (郵便番号840-0000)				
	主たる事務所の所在地	佐賀県〇〇市〇〇町1-1-1 (ビル等の名称等)				
	連絡先	電話番号	0952-00-0000	FAX番号	0952-00-0000	
	法人の種別	医療法人 介護保険会	法人所轄庁	佐賀県		
代表者の職・氏名	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	佐賀太郎	
	代表者の住所	(郵便番号840-0000) 佐賀県〇〇市〇〇町2-2-2				
	代表者の住所	佐賀県〇〇市〇〇町2-2-2				
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	ツウソウリハビリテーションジギョウショ〇〇〇〇〇 通所リハビリテーション事業所〇〇〇〇〇				
	主たる事業所・施設の所在地	佐賀県〇〇市〇〇町1-1-1 (郵便番号840-0000)				
	連絡先	電話番号	0952-00-0000	FAX番号	0952-00-0000	
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	県	郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	佐賀次郎 (郵便番号840-0000)				
管理者の住所	佐賀県〇〇市〇〇町2-2-2					
届出を行う 事業所・施設 の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護					
	訪問看護					
	訪問リハビリテーション					
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション	○	平成15年6月1日	1新規 2変更 3終了	令和3年2月1日	サービス提供体制強化加算
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護					
	特定施設入居者生活介護					
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護					
	介護予防訪問看護					
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション	○	平成18年4月1日	1新規 2変更 3終了	令和3年2月1日	サービス提供体制強化加算
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了			
介護予防特定施設入居者生活介護						
介護予防福祉用具貸与						
介護老人福祉施設						
介護老人保健施設						
介護療養型医療施設						
介護医療院			1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号	4	1	0	0	0	0
医療機関コード等		0	0	0	0	0
特記事項	変更前	サービス提供体制強化加算 加算Ⅱ				
	変更後	サービス提供体制強化加算 加算Ⅰイ				
関係書類	別添のとおり					
担当者名	佐賀三郎					
連絡先	0952-00-0000					

事業所の内容を記入

該当するサービスの欄に「○」を記入

最初の指定日を記入(指定更新日ではない)

異動年月日は、希望する年月日を記入

変更の場合は、変更する加算名を記入 新規の場合は記載不要

区分は、新規の場合は「1新規」変更する場合は「2変更」に○をする

居宅サービスに対応する介護予防サービスについて、同様に変更があるのであれば記入

介護保険事業所番号を記入。医療機関コードを有する場合は、併せて記入(無ければ記入不要)

加算する前の加算名と変更後の加算名を記載する

届出担当者について記入

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

5 「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。

6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。

7 「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。

8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。