

(別紙3-2)

受付番号	
------	--

第1号事業（介護予防・日常生活支援総合事業）支給費算定に係る体制等に関する届出書
年 月 日

五島市長 殿

所在地
名称
代表者
印

このことについて、関係書類を添えて以下の通り届け出ます。

届出者	フリガナ 名称								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市							
		(ビルの名称等)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	法人である場合その種別				法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名				氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市							
事業所の状況	フリガナ 名称								
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市							
		(ビル等の名称等)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	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	(郵便番号 ー) 県 郡市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	管理者の氏名								
管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市								
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める率 (市町村記載)
	訪問型サービス(独自)			1新規	2変更	3終了			%
	訪問型サービスA(独自・定率)			1新規	2変更	3終了			%
	通所型サービス(独自)			1新規	2変更	3終了			%
	通所型サービスA(独自・定率)			1新規	2変更	3終了			%
				1新規	2変更	3終了			%
介護予防・日常生活支援総合事業事業所番号							(指定を受けている場合)		
指定を受けている市町村									
医療機関コード等									
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 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、公益社団法人、公益財団法人、株式会社等の別を記入してください。
3 「法人所轄庁」欄、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1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目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。