

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

(宛先) 旭川市長

届出者所在地  
事業者名  
代表者名

印

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。

届出者	フリガナ 名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	代表メールアドレス			
	法人の種類別		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 - )		
事業所・施設の状況	フリガナ 名称			
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 - )		
	事業所番号			
	連絡先	電話番号		FAX番号
	事業所メールアドレス			
	管理者の職・氏名	職名		氏名
	管理者の住所	(郵便番号 - )		

(様式第1号) その2

同一所在地において行う障害福祉サービス等の種類		実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)	
介護給付	居宅介護			1 新規 2 変更 3 終了			
	重度訪問介護			1 新規 2 変更 3 終了			
	同行援護			1 新規 2 変更 3 終了			
	行動援護			1 新規 2 変更 3 終了			
	療養介護			1 新規 2 変更 3 終了			
	生活介護			1 新規 2 変更 3 終了			
	短期入所			1 新規 2 変更 3 終了			
	重度障害者等包括支援			1 新規 2 変更 3 終了			
	施設入所支援			1 新規 2 変更 3 終了			
	届出を行う事業所・施設の種類の種類 訓練等給付	自立訓練	機能訓練			1 新規 2 変更 3 終了	
生活訓練					1 新規 2 変更 3 終了		
就労移行支援					1 新規 2 変更 3 終了		
就労継続支援		A型				1 新規 2 変更 3 終了	
		B型				1 新規 2 変更 3 終了	
就労定着支援					1 新規 2 変更 3 終了		
自立生活援助					1 新規 2 変更 3 終了		
共同生活援助		介護サービス包括型				1 新規 2 変更 3 終了	
		日中サービス支援型				1 新規 2 変更 3 終了	
		外部サービス支援型				1 新規 2 変更 3 終了	
相談支援	一般相談支援	地域移行支援			1 新規 2 変更 3 終了		
		地域定着支援			1 新規 2 変更 3 終了		
	特定相談支援				1 新規 2 変更 3 終了		
特記事項	変更前			変更後			
関係書類		別紙のとおり					

注1 「法人の種類」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。

注2 「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。

注3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

注4 「異動等の区分」欄は、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。

注5 「異動項目」欄は、「介護給付費等の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。

注6 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。