

(別紙2)

受付番号	
------	--

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 7 年 4 月 1 日

旭川市長 殿

所在地 北海道旭川市7条通9丁目

名 称 株式会社〇〇介護

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	カブシキガイシャマルマルカイゴ 株式会社〇〇介護					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 070 - 8525) 北海 道 旭川 市 7条通9丁目 (ビルの名称等)					
	連 絡 先	電話番号	0166-〇〇-△△△△	FAX番号	0166-〇〇-△△△△		
	法人の種別	株式会社〇〇介護		法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名	旭川 太郎	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 北海 道 旭川 市 7条通9丁目					
事業所・施設 の 状 況	フリガナ 事業所・施設の名称	マルマルハウモンカイゴ 〇〇訪問介護					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 070 - 8525) 北海 道 旭川 市 7条通9丁目					
	連 絡 先	電話番号	0166-〇〇-△△△△	FAX番号	0166-〇〇-△△△△		
	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 -) 県 群市					
	連 絡 先	電話番号		FAX番号			
	管理者の氏名	旭川 花子					
管理者の住所	(郵便番号 070 - 8525) 北海 道 旭川 市 7条通9丁目						
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)
	指定 居 宅 サ ー ビ ス	訪問介護			☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和7年4月1日	
		訪問入浴介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		訪問看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		訪問リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		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			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		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			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		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			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		介護予防訪問看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		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			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		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			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
	介護予防福祉用具貸与			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
	施設	介護老人福祉施設			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		介護老人保健施設			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		介護医療院			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護保険事業所番号						
医療機関コード等							
特記事項	変 更 前				変 更 後		
					業務継続計画策定の有無 基準型		
関係書類		別添のとおり					

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人

「株式

3 「法

4 「実

5 「異

6 「異

人員

7 「特

8 「主

特記事項には、新たに取得する加算の項目，変更する加算の項目のみ入力してください。
これまでに算定されている加算の項目についての入力はありません。
◎令和7年4月から「業務継続計画策の有無」について、「基準型」で届け出る場合は、
上記の例を参考に記載してください。

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。