

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

令和 年 月 日

長崎県知事様

届出者 { 主たる事業所の所在地: 名称: 代表者の職・氏名: (担当者・連絡先)

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。

Table with 2 columns: 事業所番号, 主たる事業所(施設)の名称, 事業所(施設)の所在地

Main table with columns: 届出事業の種類, 実施事業, 異動等の区分, 異動年月日