

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

(ここに事業所番号の記載をお願いします)

所在地

届出者 事業者名

代表者名

印

このことについて、関係書類を添えて以下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 - ) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	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 - ) 県 郡・市			
事業所・施設 の状況	主たる事業所の名称				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	管理者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市			

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	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
届出を行う事業所・施設の種類の種類	介護給付			1 新規 2 変更 3 終了		
	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		
	訓練等給付			1 新規 2 変更 3 終了		
	自立訓練			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			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			1 新規 2 変更 3 終了		
	地域相談支援					
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			
特記事項	変更前			変更後		
関係書類		別紙のとおり				

(備考)

- 「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。
- 「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。
- 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「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。
- 「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。