(別紙1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

年　　月　　日

鹿嶋市長　　　　　　　　　　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | (既に指定を受けている場合) |
| フリガナ | 　 |
| 事業所名 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 届出を行う事業の種類 | 実施事業 | 指定年月日 | 異動等の区分 | 異動年月日 |
|  | 介護予防訪問型サービス |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |
| 介護予防通所型サービス |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |
| 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　「実施事業」欄は，該当する欄に「〇」を記入してください。

　　3　「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「〇」を記入してください。

4　「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。