（別紙２）

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

（あて先）海南市長

所在地

名称

代表者の職・氏名

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				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　―　　） （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	法人である場合その種別		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　　―　　）			
事業所の状況	フリガナ 事業所名称				
	主たる事業所の所在地	（郵便番号　　―　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	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　　―　　）			
	連 絡 先	電話番号		ＦＡＸ番号	
	管理者の氏名				
	管理者の住所	（郵便番号　　―　　）			

届出を行う事業所の状況	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（予定）年月日	異動項目
	介護予防訪問介護相当サービス（独自）			１ 新規 ２ 変更 ３ 終了		
	訪問介護サービスA			１ 新規 ２ 変更 ３ 終了		
	介護予防通所介護相当サービス（独自）			１ 新規 ２ 変更 ３ 終了		

介護保険事業所番号										

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　「法人である場合その種別」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。

３　「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。

４　「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

５　「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「○」を記入してください。

６　「異動項目」欄には、（別紙１－４）「介護給付費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。

７　「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。

８　「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」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、すべての出張所等の状況について記載してください。