（参考様式７）

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<指定事業者用>

年　　月　　日

阿久比町長　殿

 所在地

 名称

 代表者氏名

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地及び連絡先 | （郵便番号　　　　　－　　　　　） |
|  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職　名 |  |  |  |
|  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　　　－　　　　　） |
|  |
| 事業所の状況 | フリガナ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地及び連絡先 | （郵便番号　　　　　－　　　　　） |
|  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| フリガナ管理者の氏名 |  |
|  |
| 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） |
| 訪問型サービス（訪問型サービスA） |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス） |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 通所型サービス（通所型サービスA） |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 通所型サービス（介護予防通所介護相当サービス） |  |  | １新規　２変更　３終了 |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (既に指定を受けている場合) |
| 指定を受けている他市町村名 |  |
| 特記事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |
|
|
|

備考

１　「法人の種別」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。

２　「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入してください。

３　「実施事業」欄は、該当する欄に〇記入してください。

４　「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所について該当する数字を〇で囲んでください。

５　「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「第１号事業支給費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記入してください。

６　「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。