

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

(宛先) 箕面市長

主たる事務所の所在地

届出者 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。

フリガナ							
事業所の名称							
事業所の所在地		(郵便番号 —)					
連絡先		電話番号			FAX番号		
届出を行う事業所の種類		実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分			異動(予定)年月日
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規	2変更	3終了	
	夜間対応型訪問介護			1新規	2変更	3終了	
	地域密着型通所介護			1新規	2変更	3終了	
	認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了	
	小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了	
	認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了	
	地域密着型特定施設			1新規	2変更	3終了	
	地域密着型介護老人福祉施設			1新規	2変更	3終了	
看護小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了		
介護保険事業所番号							
医療機関コード等							
特記事項	変更前			変更後			
関係書類		別添のとおり(介護給付費算定に係る体制等状況一覧表及び届出必要書類)					

- 備考
- 「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」欄には、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」欄には、変更する項目について変更前・変更後を記載してください。

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

令和3年4月1日

(宛先) 箕面市長

主たる事務所の所在地

大阪市中央区大手前2丁目口番■号

届出者 名称 株式会社 大阪介護

代表者の職・氏名

代表取締役 箕面 太郎

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。

フリガナ	ミノオカイゴサービス						
事業所の名称	箕面介護サービス						
事業所の所在地	(郵便番号 562-0014)						
	大阪府箕面市○●5丁目8番1号						
連絡先	電話番号	072-727-9500		FAX番号	072-727-3539		
届出を行う事業所の種類		実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分			異動(予定)年月日
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			1新規	2変更	3終了	
	夜間対応型訪問介護			1新規	2変更	3終了	
	地域密着型通所介護	○	H30.4.1	1新規	○ 2変更	3終了	R1.10.1
	認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防認知症対応型通所介護			1新規	2変更	3終了	
	小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了	
	認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了	
	介護予防認知症対応型共同生活介護			1新規	2変更	3終了	
	地域密着型特定施設			1新規	2変更	3終了	
	地域密着型介護老人福祉施設			1新規	2変更	3終了	
	看護小規模多機能型居宅介護			1新規	2変更	3終了	
介護保険事業所番号	2 7 7 9 9 9 9 9 9 9						
医療機関コード等							
特記事項	変更前			変更後			
	生活機能向上連携加算 なし 栄養改善体制 あり			生活機能向上連携加算 あり 栄養改善体制 なし			
関係書類	別添のとおり(介護給付費算定に係る体制等状況一覧表及び届出必要書類)						

備考

- 「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」欄には、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」欄には、変更する項目について変更前・変更後を記載してください。