

(介給届)

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

様

届出者 { 主たる事務所の所在地 :
 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。

| | |
|---------------|----------------------|
| 事業所番号 | 2 7 |
| 主たる事業所(施設)の名称 | (フリガナ) |
| 事業所(施設)の所在地 | 郵便番号 () 郡市 大阪府 市 |

| 届け出る事業所の事業の種類及び同一所在地において行う事業等の種類等 | 実施事業 | 異動等の区分 | 異動年月日 |
|------------------------------------------------------------|----------------|----------------|-------|
| 介 護 給 付 | 居宅介護 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 重度訪問介護 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 同行援護 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 行動援護 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 療養介護 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 生活介護 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 短期入所 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 重度障害者等包括支援 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 共同生活介護 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| 訓 練 等 給 付 | 施設入所支援 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 自立訓練(機能訓練) | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 宿泊型自立訓練 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 自立訓練(生活訓練) | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 就労移行支援 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 就労継続支援(A型) | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 就労継続支援(B型) | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| 地 域 相 談 支 援 (地 域 移 行 支 援) | 共同生活援助 | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |
| | 地域相談支援(地域定着支援) | 1 新規 2 変更 3 終了 | 年 月 日 |