様式第９号

胎内市介護予防・日常生活支援総合事業費（第１号訪問事業・第１号通所事業）

算定に係る体制等に関する届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　胎内市長　井畑　明彦　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　届出者　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　標記の件について、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所又は施設 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険  事業者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  |  | | 介護保険事業者番号は、すでに指定を受けている場合のみ記入 | | |
| 所 在 地 | | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | FAX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又は施設の種類 | | | | 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  （変更の場合） |
| 訪問事業 | 第１号訪問事業  旧介護予防訪問  介護相当サービス（国基準） | | |  | |  | | | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | | | |  |  |
| 第１号訪問事業  訪問型サービスＡ | | |  | |  | | | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | | | |  |  |
| 通所事業 | 第１号通所事業  旧介護予防通所  介護相当サービス（国基準） | | |  | |  | | | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | | | |  |  |
| 第１号通所事業  通所型サービスＡ | | |  | |  | | | | | | １新規 ２変更 ３終了 | | | | |  |  |