

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

広島県知事様

〒 -

住所
開設者（所在地）氏名
（名称及び代表者氏名）

印

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。

事業所名			
事業所の所在地		〒 - (電話番号: - -) (FAX番号: - -)	
〔事業所所在地以外の 場所で一部実施 する場所の事業所 の所在地〕		〒 - (電話番号: - -) (FAX番号: - -)	
管理者	氏名		
	住所	〒 -	
提供サービスの種類			
指定年月日	平成 年 月 日		
事業所番号	3 4		
異動等の区分	1 新規 2 変更 3 廃止		
異動年月日	平成 年 月 日		
変更前		変更後	
関係書類	別添のとおり		

備考1 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」（別表）を参考として必要事項を記載した書類を添付すること。

2 「事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の事業所の所在地」について、複数の事業所を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての事業所の状況について記載すること。

3 事業所番号欄は、事業所番号が通知されていない場合、空欄で構いません。

4 提供サービスの種類欄は、1つの事業所（事業所番号）で、複数の提供サービスがある場合、全てを記入してください。