

## 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                                    |                | 〒 -<br>(電話番号: - - )<br>(FAX番号: - - ) |  |
| 〔事業所所在地以外の<br>場所で一部実施<br>する場所の事業所<br>の所在地〕 |                | 〒 -<br>(電話番号: - - )<br>(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。