

(別紙2)

受付番号

記入例

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>

令和 7 年 11 月 1 日

広島県知事 殿

所在地
名称
代表者 職名
氏名

広島県広島市中区基町10-52
医療法人ひろしま〇〇
理事長
介護 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。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	イリヨウホウジンヒロシマ〇〇 医療法人ひろしま〇〇								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 730 - 0111) 広島 県 広島 市 中区基町10-52 (ビルの名称等)								
	連絡先	電話番号	082-228-●●〇〇	FAX番号	082-228-××××					
	法人の種別	医療法人		法人所轄庁 広島市						
事業所・施設 の状況	代表者の職・氏名	職名	理事長		氏名	介護 太郎				
	代表者の住所	(郵便番号 730 - ××××) 広島 県 広島 市 ×××-×								
	フリガナ 事業所・施設の名称	ヒロシマホウモンカンゴステーション ひろしま訪問看護ステーション								
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 350 - 0062) 広島 県 広島 市 ×-×-×-×								
事業所・施設 の種類	連絡先	電話番号	082-513-××××	FAX番号	082-513-〇〇〇〇					
	主たる事業所の所在地以外の場所で 一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 -) 県 群市								
	連絡先 管理者の氏名	電話番号			FAX番号					
	管理者の住所	(郵便番号 730 - ●●●●) 広島 県 広島 市 ××××-×								
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定(許可) 年月日	異動等の区分		異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)			
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	訪問看護	〇	令和元年1月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年12月1日	その他該当する体制等				
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	介護予防訪問看護	〇	令和元年1月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年12月1日	その他該当する体制等				
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了						
介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了							
介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了							
介護保険事業所番号	3	4	6	0	1	2	3	4	5	6
医療機関コード等	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
特記事項	変更前	高齢者虐待防止措置実施の有無 減算型 業務継続計画策定の有無 減算型 看護体制強化加算 なし サービス提供体制強化加算 なし								
	変更後	高齢者虐待防止措置実施の有無 基準型 業務継続計画策定の有無 基準型 看護体制強化加算 II サービス提供体制強化加算 加算I (イ及びロの場合) 加算I (ハの場合)								
関係書類	別添のとおり 記入者 広島 花子 連絡先 082-513-××××									

体制を変更するサービスに〇をつけます。 異動(予定)年月日は必ず記載してください

介護予防も実施している場合は予防にも忘れずに記載して

介護保険事業所番号の記載漏れがないようにしてください

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」
- 2 「法人の種類」欄は「株式会社」「有限会社」を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は「広島市」を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は「訪問看護」「訪問介護」「訪問リハビリテーション」「居宅療養管理指導」「通所介護」「通所リハビリテーション」「短期入所生活介護」「短期入所療養介護」「特定施設入居者生活介護」「福祉用具貸与」「介護予防訪問入浴介護」「介護予防訪問看護」「介護予防訪問リハビリテーション」「介護予防居宅療養管理指導」「介護予防通所リハビリテーション」「介護予防短期入所生活介護」「介護予防短期入所療養介護」を記載してください。
- 5 「異動等の区分」欄は「新規」「変更」「終了」を記載してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1、別紙2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。