受付番号	

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書＜指定事業者用＞

令和　　年　　月　　日

矢 掛 町 長　殿

届出者　法人所在地

法人名称

代表者 職・氏名

印

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				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　郡 市 区 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　郡 市 区 （ビルの名称等）			
事業所・施設の状況	主たる事業所の所在地	（郵便番号　　－　　） 岡山県　　市 郡 （ビルの名称等）			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名				
	管理者の住所	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　郡 市 区 （ビルの名称等）			

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）
	介護予防訪問介護相当サービス			1新規　2変更　3終了		
	介護予防通所介護相当サービス			1新規　2変更　3終了		

介護保険事業所番号	3 3									医療機関コード等					

特記事項	変　更　前	変　更　後

関係書類	別添のとおり

備考１ 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２ 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

３ 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

４ 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

５ 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

６ 「異動項目」欄には、「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目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」を有する場合は、適宜欄を補正又は別紙を追加して、全ての出張所等の状況について記載してください。