

受付番号

提出日を記載する

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
<地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><在宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
令和 6年 10月 25日

鳥取市長 殿

住所 鳥取市〇〇町××番地
法人名 株式会社〇〇〇〇〇
代表取締役名 代表取締役 鳥取 太郎

法人の情報を記載する

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。

Form with multiple sections: 届出者 (Sender), 事業所の状況 (Facility Status), 届出を行う事業所の状況 (Status of Reporting Facility), 地域密着型サービス (Local Proximity Services), 特記事項 (Remarks), 関係書類 (Attachments).

事業所ではなく、法人の情報を記載する

サテライトがある場合は記載する

加算の取得日を記載する
・毎月15日までの届出で翌月からの算定開始
・短期入所サービス、施設サービス、(介護予防) 特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入所者生活介護については算定開始月の1日までの届出で当月から算定可
※毎月の提出期限を過ぎると、翌々月からの算定となる

介護予防分も記載する
・介護予防分の体制状況一覧表を添付する

加算の変更内容を記載する
・変更前、変更後ともに記載する
・区分(例:加算Ⅲ)まで必ず記載する
・体制状況一覧表と内容が合っているか確認する

※総合事業の指定がある場合は、別に定める届出を提出すること。

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
2 「法人である場合その種別」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について該当する数字の横の□を■にしてください。
6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「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。