

(別紙2)

受付番号 記入不要

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 6 年 7 月 16 日

甲府市長 殿

所在地 甲府市丸の内一丁目18番1号
甲府介護ビル407号室
名称 株式会社 甲府介護
代表取締役 甲府 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 記入不要

Application form for nursing care fee calculation system. Includes sections for applicant information, business details, and a table for service types and changes.

サテライト事業所の場合は記入が必要です。

実施事業: 提出するサービスに○をつけてください。
居室サービスと介護予防サービスを同時に届ける場合は、両方に○をつけてください。
指定(許可)年月日: 指定を受けた日付を記載してください。

区分の変更、新規算定、取消し等を開始する日付を記載してください。

サービスの種類・異動年月日ごとに届出が必要です。

介護予防サービスの申請は介護サービスとまとめて申請することが可能です。※同一事業所であっても、別々の介護サービスの届出を1部にまとめて行うことはできません。

例1) 短期入所生活介護と介護予防短期入所生活介護について届ける場合 → 1部にまとめて提出

例2) 介護老人保健施設と通所リハビリテーションについて届ける場合 → サービスごとに1部ずつ分けて提出

※総合事業については様式が異なりますので、それぞれご提出ください。

医療機関コードがない場合は記入不要です。

変更項目がある場合は、必ずこちらの欄に記載してください。
※記載がない場合、一覧表に記載があっても申請があつたとみなしませんのでご注意ください。

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には...
2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合...
3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である...
4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入して...
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の横の口を■にしてください
6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「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。

訪問介護 (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 通所介護 (介護予防)通所リハビリテーション (介護予防)福祉用具貸与
【提出期限】 加算等の算定を開始する月の前月15日まで

(介護予防)短期入所生活介護 (介護予防)短期入所療養介護 (介護予防)特定施設入居者生活介護 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院
【提出期限】 加算等の算定を開始する月の初日日まで