

(別紙50)

受付番号 記入不要

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 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

フリガナ 名称	カブシキガイシャ コウフカイゴ 株式会社 甲府介護				
届主たる事務所の所在地	(郵便番号 400 - 8585) 山梨県 甲府市 丸の内一丁目18番1号 (ビルの名称等) 甲府介護ビル407号室				
連絡先	電話番号	055-237-9473	FAX番号	055-236-0118	
法人の種類	株式会社		法人所轄庁		
代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	甲府 太郎	
代表者の住所	(郵便番号 400 - 8585) 山梨県 甲府市 丸の内一丁目18番1号 甲府介護ビル407号室				
事業所・施設 の所在地	(郵便番号 400 - 0858) 山梨県 甲府市 相生二丁目17番1号				
連絡先	電話番号	055-237-2550	FAX番号	055-242-6178	
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 市				
連絡先	電話番号		FAX番号		
管理者の氏名	信玄 敬孝				
管理者の住所	(郵便番号 400 - 0034) 山梨県 甲府市 宝二丁目8番19号				
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)
訪問型サービス(独自)	○	平成25年11月1日	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和6年9月1日	特記事項のとおり
訪問型サービス(独自・定率)			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
訪問型サービス(独 自・定額)	実施事業: 提出するサービスに○をつけてください。 居宅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。		新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		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。
通所型サービス(独 自・定率)			新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
通所型サービス(独 自・定額)			新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
介護保険事業所番号	1 9 1 0 1 0 1 0 1 0 1 0				
特記事項	変更前 口腔連携強化加算 あり 介護職員等処遇改善加算 加算Ⅲ LIFEへの登録 なし		変更後 口腔連携強化加算 なし 介護職員等処遇改善加算 加算Ⅱ LIFEへの登録 あり		
関係書類	別添のとおり				

〈提出期限〉

加算等の算定を開始する月の前月15日まで

サテライト事業所の場合は
記入が必要です。

サービスの種類・異動年月日ごとに届出が必要です。

訪問型サービスと通所型サービスの届出を
まとめて1部で行うことはできません。
サービスごとに1部ずつご提出ください。

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄は、申請者が「社団法人」「財団」等の別を記載してください。
- 2 「法人の種類」欄は、申請者が「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 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の横の□を記載してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「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。

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
申請があったとみなしませんのでご注意ください。