

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
 <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><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>
 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
 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、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進呈します。

届出者	フリガナ 名 称	カブシキガイシャ コウガイゴ 株式会社 甲府介護		
	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 法人である場合その種別 代表者の職・氏名	電話番号 055-237-5473 株式会社 法人所轄庁 職名 代表取締役 (郵便番号 400 - 8585)	FAX番号 055-236-0118 氏名 甲府 太郎	
	代表者の住所	山梨県 甲府市 丸の内一丁目18番1号		
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	ケルーブームコウガイゴ グループホーム甲府介護		
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 400 - 8585) 山梨県 甲府市 相生二丁目17番1号		
	連絡先 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	電話番号 055-237-2550 (郵便番号 -)	FAX番号 055-242-6178 県 群市	
	連絡先 管理者の氏名	電話番号 (郵便番号 400 - 0034)	FAX番号 サテライト事業所の場合は記入が必要です。	
届出を行なう事業所の状況	管理者の住所	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 指定年月日	異動等の区分 年月日	異動(予定) 年月日
	夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1新規	
	地域密着型通所介護	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有	
地域密着型介護	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 平成25年11月1日 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 令和6年8月1日 特記事項のとおり	<input type="checkbox"/> 1有		
型地域密着型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	<input type="checkbox"/> 1有		
サヘル	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
複合型サービス	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
介護予防認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> 平成25年11月1日 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了 令和6年8月1日 特記事項のとおり	<input type="checkbox"/> 1有		
居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
介護予防支援	<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	<input type="checkbox"/> 1有		
地域密着型サービス事業所番号等				
指定を受けている市町村	甲府市			
介護保険事業所番号	190000000000 (指定 医療機関コードがない場合は記入不要です。)			
既に指定等を受けている事業				
医療機関コード等				
特記事項	変更前 变更後			
サービス提供体制強化加算 II LIFEへの登録 なし 医療連携体制加算 Iイ	サービス提供体制強化加算 I LIFEへの登録 あり 医療連携体制加算 Iハ			
関係書類 別添のとおり				

- 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、「財団法人」「株式会社」「有限会社」「法人所轄庁」欄、申請者が認可法上記載の項目以外は提出は不要です。ご記載ください。
 3 「実施事業」欄は、該当する欄に記載してください。
 4 「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。
 5 「異動等の区分」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。
 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。

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。

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できます。※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) 小規模多機能型居宅介護と
介護予防小規模多機能型居宅介護について
届け出る場合
→1部にまとめて提出

例2) 地域密着型通所介護と居宅介護支援について届け出る場合
→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。

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。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
夜間対応型訪問介護
地域密着型通所介護
(介護予防) 認知症対応型通所介護
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護
居宅介護支援

【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) 認知症対応型共同生活介護
地域密着型特定施設入居者生活介護
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護

【提出期限】

加算等の算定を開始する月の初日まで