

(別紙3-2)

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  
＜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  
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、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達します。

届出者	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									
	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 (ビル等の名称等) 甲府介護ビル407号室									
	連絡先	電話番号 055-237-5473			FAX番号 055-236-0118						
	法人である場合その種別	株式会社			法人所轄庁						
事業者	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									
	フリガナ 事業所・施設の名称	グループホームコウフカイゴ 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									
事業所の状況	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 群市									
	連絡先	電話番号			FAX番号						
	管理者の氏名	信玄 花子									
届出を行う事業所の状況	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	指定年 月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日			異動項目 (※別紙記載)	
	夜間対応型訪問介護			<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		
療養通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規	<input type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了			<input type="checkbox"/> 1有			
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="radio"/>	平成25年11月1日	<input type="checkbox"/> 1新規	<input checked="" type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了	令和6年8月1日	特記事項のあり	<input type="checkbox"/> 1有			
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			
地域密着型介護老人福祉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			
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="radio"/>	平成25年11月1日	<input type="checkbox"/> 1新規	<input checked="" type="checkbox"/> 2変更	<input type="checkbox"/> 3終了	令和6年8月1日	特記事項のあり	<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	1 9 1 0 0 0 0 0 0 0 0 (指定)										
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					変更後					
	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、申請者が認可法に記載の項目以外は届出は不要です。  
3 「実施事業」欄は、該当する欄に  
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口を■にしてください。  
5 「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。  
6 「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。  
7 「主たる事業所の所在地以外の場所」について、複数の出張所等  
8 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。

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所者生活介護

#### 【提出期限】

加算等の算定を開始する月の初日まで