潮来市介護予防・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

（潮来市訪問介護相当サービス・潮来市通所介護相当サービス）

年　　月　　日

　（申請先）

　　潮来市長

所在地

申請者　法人名

職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

このことについて、関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 届出を行う事業の種類 |  | 実施事業 | 異動等の区分 | 異動年月日 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業 | 潮来市訪問介護相当サービス |  | １新規　２変更　３更新　３終了 |  |
| 潮来市通所介護相当サービス |  | １新規　２変更　３更新　３終了 |  |
| 特記事項 |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |

(注意)１．「実施事業」欄は、今回届け出るものに「〇」を記入してください。

　　　２．介護保険事業所番号は、既に指定（許可）を受けている場合のみ記入してください。