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。