

鹿児島市介護予防・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

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 所在地
法人名
職・氏名

印

(主たる事務所の所在地・名称・代表者の氏名)

このことについて、関係書類を添えて以下の通り届け出ます。

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	予防型訪問介護サービス				1 新規	2 変更	3 終了				
		生活支援型訪問介護サービス				1 新規	2 変更	3 終了				
		予防型通所介護サービス				1 新規	2 変更	3 終了				
		ミニデイ型通所介護サービス				1 新規	2 変更	3 終了				
		運動型通所介護サービス				1 新規	2 変更	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「○」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。
 3. 「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。

例 変更前：サービス提供体制強化加算 なし
 変更後：サービス提供体制強化加算 加算Ⅰロ