

様式 1

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<居宅介護支援事業者用>

年 月 日

(宛先) 上越市長

所在地 (住所)

名称 (氏名)

㊞

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

| | | | | |
|----------|---|--------------|-------------|-------|
| 届出者 | フリガナ 名 称 | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) | | |
| | | (ビルの名称等) | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | |
| | 法人である場合その種別 | | | 法人所轄庁 |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | 氏名 | |
| 事業所の状況 | 代表者の住所 | (郵便番号 -) | | |
| | フリガナ 事業所の名称 | | | |
| | 主たる事業所の所在地 | (郵便番号 -) | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | |
| | 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 -) | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | |
| 特記事項 | 管理者の氏名 | | | |
| | 管理者の住所 | (郵便番号 -) | | |
| | 介護保険事業所番号 | (指定を受けている場合) | | |
| | 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 | | |
| | | | (変更日 年 月 日) | |
| 関係書類 | | 別添のとおり | | |

備考1 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

2 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。