|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 郵便の場合記入すること | 担当者氏名 |  |
| 電話 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FAX |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

第１号事業支給費算定に係る届出書＜指定事業者用＞

扶桑町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

所在地

名称

代表者の氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ※事業所所在地市町村番号 |  |
| 届出者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 主たる事務所の所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職　名 |  |  |  |
| 代表者の住所 |  |
| 事業所の状況 | フリガナ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 管理者の住所 |  |
| 届出を行う事業等 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定(許可)年月日 | 異動等の区分 | 異動(予定)年月日 | 異動項目(※変更の場合) |
| 第１号訪問事業 | 基準型訪問介護サービス |  |  | １新規 ２変更 ３終了 |  |  |
| 緩和型訪問介護サービス |  |  | １新規 ２変更 ３終了 |  |  |
| 第１号通所事業 | 基準型通所介護サービス |  |  | １新規 ２変更 ３終了 |  |  |
| 緩和型通所介護サービス |  |  | １新規 ２変更 ３終了 |  |  |
| 短期集中通所等サービス |  |  | １新規 ２変更 ３終了 |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特記事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |

このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。