

(参考様式10) 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

新宮市長 様

所在地

申請者 名称

代表者職氏名

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。

事業所又は施設	フリガナ										
	名称										
	介護保険事業所番号										
	所在地	(〒 - )									
	連絡先	電話番号						FAX番号			
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地内において行う事業の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動年月日						
	介護予防	予防訪問介護			1 新規 2 変更 3 終了						
	日常生活支援	予防基準緩和型訪問介護			1 新規 2 変更 3 終了						
	施設	予防通所介護			1 新規 2 変更 3 終了						
	総合事業				1 新規 2 変更 3 終了						
					1 新規 2 変更 3 終了						
特記事項	変更前					変更後					

備考 1「申請者」欄については、事業所ではなく、開設法人について記載してください。  
 2「事業実施」欄については、提供している事業に○印を付してください。  
 3「異動等の区分」欄については、1新規・2変更・3終了のいずれかに○印を付してください。