

(別紙3-2)

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
＜地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用＞＜居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用＞
令和 年 月
中野市長 あて

所在地
令和7年4月からの業務継続計画に係る届出の場合は、令和7年3月14日までに提出してください。

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 ー) (ビルの名称等)	県 群市							
	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 ー)	県 群市							
	フリガナ 事業所・施設の名称								
	主たる事業所の所在地 (郵便番号 ー)	県 群市							
	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 ー) 県 群市							
届出を行う事業所の状況	連絡先	電話番号				FAX番号			
	管理者の氏名								
	管理者の住所 (郵便番号 ー)	県 群市							
	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年 月日	異動等の区分			異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)
	夜間対応型訪問介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有
地域密着型通所介護			☐ 1新規	☒ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
療養通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
地域密着型特定施設入居者生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○	令和〇年△月	☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了	令和7年4月1日	下記のとおり	☐ 1有	
複合型サービス			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
介護予防認知症対応型通所介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
介護予防小規模多機能型居宅介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
介護予防認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 1有	
居宅介護支援			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了				
介護予防支援			☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了				
地域密着型サービス事業所番号等									
指定を受けている市町村									
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					
				業務継続計画 (BCP) 未策定減算 基準型					
関係書類		別添のとおり							

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄は、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。
- 3 「法人所轄庁」欄、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。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
- 7 「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。
- 8 「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について、複数の出張所等がある場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。