

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

横芝光町長 様

法人所在地

申請者 法人名称

代表者

印

このことについて、以下の事項を届け出ます。

1 事業所名称	
2 対象サービス	
3 事業所番号	
4 異動予定日	
5 異動内容	

(担当者連絡先)

所 属	
電話番号	
FAX番号	
氏 名	

- 注記 ※ 1 「2 対象サービス」欄については、加算・減算に関する異動があるサービスのみ記載してください。
- 2 「4 異動予定日」欄は加算・減算を適用する予定年月日を記入してください。
- 3 「5 異動内容」欄は、加算・減算の名称及び異動形態を記入してください。
- 例：新規取得する場合 ○○○加算(新規)
- 内容を変更する場合 ○○○加算(I)から○○○加算(II)へ(変更)
- 取得を終了する場合 ○○○加算(II)(終了)

