

(別紙50)

受付番号

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<指定事業者用>
令和 6 年 4 月 1 日

新潟市 実際提出する日付を記載してください。
変更する日は「異動年月日」に記載してください。

所在地 新潟市中央区学校町通〇番町〇番地〇

名称 株式会社高齢者支援サービス

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。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ コウレイシャシエンサービス 株式会社 高齢者支援サービス				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 951 - 8550) 新潟 県 新潟 郡市 中央区学校町通〇番町〇番地〇 (ビル名称等)				
	連絡先 法人の種類	電話番号	025-000-0001	FAX番号	025-000-0002	
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	新潟 一郎	
事業所・施設の状態	フリガナ 事業所・施設の名称	デイサービスセンターコウレイシャシエン デイサービスセンター高齢者支援				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 950 - 8550) 新潟 県 新潟 郡市 中央区学校町通〇番町〇番地〇				
	連絡先	電話番号	025-000-0001	FAX番号	025-000-0002	
	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 -) 県 郡市				
届出を行う事業所・施設の種類	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	福祉 花子				
	管理者の住所	(郵便番号 950 - 0965) 新潟 県 新潟 郡市 新光町〇丁目〇番〇号				
	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)
	訪問型サービス(独自)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変	加算算定の適用日を記載します。	
	訪問型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
訪問型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
通所型サービス(独自)	○	令和3年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和6年4月1日	その他該当する体制等	
通所型サービス(独自・定率)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
通所型サービス(独自・定額)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更	施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引のいずれかを記載してください。		
介護保険事業所番号	1 5 7 0 0 0 0 0 0 0					
特記事項	変更前					
	・口腔機能向上加算なし		・口腔機能向上加算あり			
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「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。
- 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・施設について該当する数字の横の□
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目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、複数の出張所等を有する場合は、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。

変更内容を記載してください。