

(別紙2)

受付番号

介護給付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

実際に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 (ビルの名称等)				
	連絡先 法人の種別	電話番号	025-000-0001	FAX番号	025-000-0002	
	代表者の職・氏名	職名	宮利法人	法人所轄庁	氏名	新潟 一郎
事業所・施設 の状況	代表者の住所	(郵便番号 951 - 8131) 新潟 県 新潟 郡市 中央区白山浦〇丁目〇番〇号				
	フリガナ 事業所・施設の名称	ショートステイコウレイシャシエン ショートステイ高齢者支援				
	主たる事業所・施設の所在地	(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				
	連絡先	電話番号	025-000-0001	FAX番号	025-000-0002	
届出を行う事業所・施設の種類	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				
	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)
	予防サービスの申請を合わせて行う場合は届出書は1枚で可とします。それぞれの状況一覧表を合わせて提出してください。			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	指定居宅サービス	通所介護		☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	通所リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	短期入所生活介護	〇 令和3年4月1日		☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和6年5月1日	その他該当する体制等
	短期入所療養介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
福祉用具貸与			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
施設	介護予防訪問入浴介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防訪問看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防短期入所生活介護	〇 令和3年4月1日		☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了		その他該当する体制等
	介護予防短期入所療養介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防福祉用具貸与			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護老人福祉施設			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
介護老人保健施設			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護医療院			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護保険事業所番号		1 5 7 0 0 0 0 0 0 0				
医療機関コード等						
特記事項	変更前	・ (短期入所生活介護) 看取り連携体制加算なし ・ (介護予防) 短期入所生活介護) 個別機能訓練体制あり				
	変更後	・ (短期入所生活介護) 看取り連携体制加算あり ・ (介護予防) 短期入所生活介護) 個別機能訓練体制なし				
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」「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「〇」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口を■にしてください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「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。

(別紙3-2)

受付番号

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 6 年 4 月 1 日

新潟 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。

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 市 中央区学校町通〇番町〇番地〇 (ビル等の名称等)			
	連絡先	電話番号	025-000-0001	FAX番号 025-000-0002	
	法人である場合その種別	営利法人 法人所轄庁			
事業所の状況	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	新潟 一郎
	代表者の住所	(郵便番号 951 - 8131) 新潟 県 新潟 市 中央区白山浦〇丁目〇番〇号			
	フリガナ 事業所・施設の名称	グループホームコウレイシャシエン グループホーム高齢者支援			
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 950 - 8550) 新潟 県 新潟 市 中央区学校町通〇番町〇番地〇			
事業所の状況	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			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名	福祉 花子			
事業所の状況	管理者の住所	(郵便番号 950 - 0965) 新潟 県 新潟 市 新光町〇丁目〇番〇号			
	事業所所在地において行う事業	実施指定年月日	異動等の区分		
	予防サービスの申請を合わせて行う場合は届出書は1枚で可とします。 それぞれの状況一覧表を合わせて提出してください。		加算算定の適用日を記載します。		
	事業所の状況		市町村記載		
事業所の状況	小規模多機能型 認知症対応型共同生活介護	令和3年4月1日	□ 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居者生活介護		□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
	定期巡回・随時対応型訪問介護		□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
事業所の状況	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	令和3年4月1日	□ 1新規 ■ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
事業所の状況	居宅介護支援		□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
	介護予防支援		□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
	地域密着型サービス事業所番号等	1 5 9 0 0 0 0 0 0 0			
	指定を受けている市町村	(指定を受けている場合)			
事業所の状況	介護保険事業所番号				
	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 ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護）若年性認知症利用者受入加算なし 変更後 ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護）若年性認知症利用者受入加算あり			
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」「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、（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。

変更内容を記載してください。

居宅介護支援・介護予防支援もこちらに記載してください。

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。

令和6年5月1日

その他該当する体制等