

江戸川区介護予防・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

平成30年4月12日

江戸川区長様

記載例 ※主な注意点を記載

事業所ではなく、申請者（法人）について記載してください。

申請者

所在地 東京都江戸川区中央1-4-1
マンション江戸川101号
名称 株式会社 江戸川
代表者職・氏名 代表取締役 江戸川 太郎

介護保険法（平成9年法律第123号）の規定により、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業所名		デイサービス江戸川				
事業所の所在地		〒133-0073 東京都江戸川区鹿骨1-54-2 ハイッ鹿骨101号 (電話番号 03-1111-1111) (FAX番号 03-1111-1111)				
出張所等の所在地		〒 - (電話番号 - -) (FAX番号 - -)				
管理者	名前	鹿骨 花子				
	住所	〒134-0083 東京都江戸川区中葛西3-10-1				
届出を行う事業等	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
	介護給付					
	訪問介護					
	通所介護(地域密着型を含む)	○				
	総合事業サービス					
	訪問型サービス(国基準と同等)			1新規 2変更 3終了		
	通所型サービス(国基準と同等)	○	2018/6/1	1新規 2変更 3終了		
	訪問型サービス(緩和型)					
通所型サービス(緩和型)						
変更前						
関係書類		別添のとおり				
届出書担当者	鹿骨 花子		連絡先	03-1111-1111		

既に実施中の介護給付の事業があれば、実施事業欄に○を付けてください。

申請中の事業について、実施事業欄に○を付け、指定予定年月日を指定(許可)年月日に記載してください。申請の場合は、1新規に○を付けてください。

- 備考1 「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」(別表)及びその他の必要書類を添付すること。
- 2 「出張所等の所在地」欄は、主たる事業所(施設)の所在地以外の場所で一部実施する出張所等がある場合に、適宜欄を補正して全て記入すること。
- 3 「実施事業」欄は該当するサービスに「○」をつけること。
- 4 「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を「○」で囲むこと。