

様式 1

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<居宅介護支援事業者用>

年 月 日

(宛先) 上越市長

所在地 (住所)

名称 (氏名)

㊞

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 - )		
		(ビルの名称等)		
	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 - )		
	フリガナ 事業所の名称			
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 - )		
	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 - )		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
特記事項	管理者の氏名			
	管理者の住所	(郵便番号 - )		
	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		
			(変更日 年 月 日)	
関係書類	別添のとおり			

備考1 「法人である場合その種別」欄には、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。

2 「法人所轄庁」欄には、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。