|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

（様式第５号）

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

令和　　　年　　月　　日

　　　兵庫県知事

様

　　　　　　　県民局長

標記のことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所(施設)所在地市町村番号 |  | 事業所番号 |  |
| 届出者 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 代表者 | 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　都･道･府･県　　　　　　　市･郡･区 |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 主たる事務所の所在地等 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　　　　　都･道･府･県　　　　　　　市･郡･区 |
| （ビルの名称等） | E-mail |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所・施設の状況 | フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 名　　称 |  |
| 主たる事業所・施設の所在地等 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　兵庫県　　　　　　　市･郡 |
| （ビルの名称等） | E-mail |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 管理者氏名 | 職　名 |  | 氏　名 |  |
| 管理者住所等 | （郵便番号　　　－　　　　　）　　兵庫県　　　　　　　市･郡 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出を行う事業所・施設 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定年月日 | 異動等の区分 | 異動(予定)年月日 | 異動項目(変更の場合) |
| 介護給付 | 居宅介護 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 重度訪問介護 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 同行援護 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 行動援護 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 療養介護 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 生活介護 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 短期入所 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 施設入所支援 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 訓練等給付 | 自立訓練 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 就労移行支援 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 就労継続支援（Ａ型・Ｂ型） |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 就労定着支援 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 共同生活援助 |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 　一般相談支援（地域移行支援） |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 　一般相談支援（地域定着支援） |  |  | 1 新規　2 変更　3 終了 |  |  |
| 特記事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |

注意１　「受付番号」「事業所(施設)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」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。

３　「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。

４　「実施事業」欄には、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に「○」を記入してください。加算の新設等により初めて当該届出を行う場合は「1 新規」に「○」を記入してください。

６　「異動年月日」欄には、異動等が生じた年月日を記載してください。

７　「異動項目」欄には、（別紙１）「介護給付費等の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。

８　「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。