

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

平成29年4月15日

(あて先)
名古屋市 長

実際に書類を提出する
日付を記載する。

代表者印を押印する。

届出者 所在地 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号
(法人)
事業者名称 社会福祉法人あいち
代表者の職名 理事長
及び氏名 ○○ ○○

法人の住所・名称を記載する。

印

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。

法人名ではなく、事業所名称を記載する。

事業所の名称	生活介護あいち		
事業所番号	2310000012		
サービスの種類	生活介護		
異動年月日	平成29年4月1日		
異動の内容	異動項目	変更前	変更後
	福祉専門職員配置等 加算	加算なし	加算 (I) あり
関係書類	介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表(別紙1・該当サービス分) その他別紙のとおり ※ 加算算定終了の場合は、別紙1以外の書類は添付不要		
担当者氏名	○○ ○○	電話番号	052-972-3965
		FAX番号	052-972-4149

多機能型の場合はすべてのサービス種類を記入する。

新たな人員配置や加算の算定を開始する年月日を記入する。

人員配置や加算の項目のうち、変更する項目と内容を記入する。

不備等がある場合にご連絡しますので必ず記入してください。

注1 この届出書は「異動年月日」が異なる異動項目については、別業で作成してください。

注2 「異動の内容」欄は、異動項目について、変更の前後の内容を具体的に記載して新規に加算を算定する場合及び算定を終了する場合は「変更前」又は「変更後」の

注3 「異動項目」欄は、(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

注4 各年度の4月に提出する場合で、人員の体制や加算等の状況に変更がない場合は「異動年月日」「異動項目」及び「変更前」の欄は記入せず、「変更後」の欄に「変更なし」と記載してください。