

# 介護報酬の加算等に関する届出書

年 月 日

(あて先) 小田原市長

所在地

申請者 名称

代表者職・氏名

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。

事業所又は施設	フリガナ											
	名称											
	介護保険事業者番号	1	4									既に指定(許可)を受けている場合のみ記入してください。
	所在地	(〒 - )										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地内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			異動年月日				
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護										
		夜間対応型訪問介護										
		地域密着型通所介護										
		認知症対応型通所介護										
		小規模多機能型居宅介護										
		認知症対応型共同生活介護										
		認知症対応型共同生活介護(短期利用型)										
		地域密着型特定施設入居者生活介護										
		地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)										
		地域密着型介護老人福祉施設										
	看護小規模多機能型居宅介護											
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護										
		介護予防小規模多機能型居宅介護										
		介護予防認知症対応型共同生活介護										
		介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)										
特記事項	変更前					変更後						

- 備考 1 「申請者」欄については、事業所ではなく、開設法人について記載してください。  
 2 「実施事業」欄については、提供している地域密着型(介護予防)サービスに○印を付してください。  
 3 「異動等の区分」欄については、新規・変更・終了のいずれかの区分を記載してください。