介護給付費算定に係る体制等届出書

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											
	介護保険事業所番号											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			

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「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。