

(別紙1)

# 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

宇治市長 あて

所在地

名 称

代表者名

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	フリガナ										
	事業所名称										
	介護保険事業者番号										介護保険事業者番号は、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	(郵便番号 )									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
届出を行う事業所の状況	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	異動区分			異動年月日				
	訪問介護相当サービス			1新規 2変更 3終了							
	生活支援型訪問サービス			1新規 2変更 3終了							
	通所介護相当サービス			1新規 2変更 3終了							
	短時間型通所サービス			1新規 2変更 3終了							
特記事項	変 更 前					変 更 後					