

(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					