様式２０（第３条関係）

介護給付費等の額の算定に係る体制等に関する届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　美作市長　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　（設置者）名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　このことについて，関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者（設置者） | フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | | | |
| 名　　　　　　称 | |  | | | | | | | | |
| 主たる事務所  の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　県　　　　郡・市 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| 担当者の職・氏名 | | 職　　　名 | |  | | | 氏　　　名 | |  | |
| 法人の種別 | |  | | | | 法人所轄庁 | | |  | |
| 代表者の職・氏名 | | 職　　　名 | |  | | | フリガナ | |  | |
| 氏　　　名 | |  | |
| 代表者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　都道府県　　　　郡・市・区 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 事業所（施設）の状況 | フ　リ　ガ　ナ | |  | | | | | | | | |
| 名　　　　　　称 | |  | | | | | | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | |
| 届出に係る事業所  （施設）の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　県　　　　郡・市 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | ＦＡＸ番号 | |  | |
| 管理者の職・氏名 | | 職　　　名 | |  | | | フリガナ | |  | |
| 氏　　　名 | |  | |
| 管理者の住所 | | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　県　　　　郡・市・区 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | 実施  事業 | | 指定年月日 | 届出の区分 | | | | 届出に係る  異動の年月日 | | 変更項目 |
| 特定相談支援事業 | |  | |  | １新規　２変更　３終了 | | | |  | |  |
| 障害児相談支援事業 | |  | |  | １新規　２変更　３終了 | | | |  | |  |
| 特記事項 | 変更前 | | | | | 変更後 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| 関係書類 | | 別紙のとおり | | | | | | | | | |

　備考　１　「法人の種別」欄には，届出者が法人である場合に，社会福祉法人，医療法人，一般社団法人，一般財団法人，株式会社等の別を記載してください。

　　　　２　「法人所轄庁」欄には，届出者が認可法人である場合に，その主務官庁の名称を記載してください。

　　　　３　「実施事業」欄には，該当する欄に「○」を記載してください。

　　　　４　「変更項目」欄には，別紙「介護給付費等の算定に係る体制等の状況一覧表」

　　　　　に掲げる項目を記載してください。

　　　　５　「特記事項」欄には，変更の状況について具体的に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 受付印 |
|  |  |