

受付番号

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

令和 〇 年 〇 月 〇 日

立川市長 殿

所在地 東京都立川市錦町〇-〇-〇

名称 株式会社〇〇総合事業

株式会社(特例有限会社)、合同会社、合名会社、合資会社、一般社団法人、一般財団法人は記載不要です。

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。

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャ〇〇ソウゴウジギョウ 株式会社〇〇総合事業				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 190 - 〇〇〇〇) 東京都 立川 市 錦町〇-〇-〇 (ビルの名称等) 立川総合ビル				
	連絡先	電話番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇	
	法人の種類	株式会社		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	立川 花子	
	代表者の住所	(郵便番号 190 - 〇〇〇〇) 東京都 立川 市 泉町〇〇〇〇-〇				
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 190 - 〇〇〇〇) 東京都 立川 市 栄町〇-〇-〇				
	連絡先	電話番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	042-〇〇〇-〇〇〇〇	
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 都 市) 主たる事業所とは別にサービス提供等を行う出張所(サテライト型事業所)は設置できません。				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	砂川 春子				
管理者の住所	(郵便番号 186 - 〇〇〇〇) 東京都 国立 市 富士見台〇-〇-〇					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	訪問型サービス(独自)	○	平成30年4月1日	□ 1新規 ■ 2変更 □ 3終了	令和8年6月1日	特記事項のとおり
	訪問型サービス(独自・定率)	○	令和8年4月1日	■ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	令和8年4月1日	
	訪問型サービス(独自・定額)		総合事業の当該サービス※について指定(予定)を受けた日	□ 3終了	加算の変更年月日または算定開始日を記載してください。	
	通所型サービス(独自)			□ 3終了		
	通所型サービス(独自・定率)	○	令和8年4月1日	■ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	令和8年4月1日	
	通所型サービス(独自・定額)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了		
介護予防ケアマネジメント	○		■ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	令和8年6月1日		
介護保険事業所番号	1 3 7 3 〇 〇 〇 〇 〇					
特記事項	変更前			変更後		
	介護職員処遇改善加算 I LIFEへの登録 なし			介護職員処遇改善加算 I □ LIFEへの登録 あり		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請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。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の□
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

※立川市においては、「同一所在地において行う事業等の種類」欄の記載について、
 ・「訪問型サービス(独自)」は「訪問型サービス(身体助介)」、
 ・「訪問型サービス(独自・定率)」は「訪問型サービス(家事支援)」、
 ・「通所型サービス(独自)」は「通所型サービス(1日デイ)」、
 ・「通所型サービス(独自・定率)」は「通所型サービス(半日デイ)」
 に読み替えて使用します。
 「訪問型サービス(独自・定率)」、「通所型サービス(独自・定率)」は使用しません。
 ※地域包括支援センターによる「介護予防ケアマネジメント」については、
 指定(許可)年月日は空欄で構いません。