

介護給付費算定に係る体制等届出書

年 月 日

大井町長様

所在地

申請者 名称

代表者氏名

印

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。

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
	サービスの種類											
	所在地	(〒 -)										
	連絡先	電話番号						FAX番号				
特記事項	変更前					変更後						
	適用年月日					年 月 日						

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。