様式第43号

(表面)

介護給付費等算定に係る体制等に関する変更届出書

　　年　　月　　日

　高知市長　　様

所在地

届出者　　名称

代表者氏名

担当者氏名

連絡先(TEL)

(FAX)

(所属)

　次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 事業所番号 |  | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 所在地 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |

(裏面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出を行う事業所・施設の種類 | 事業等の種類 | | 該当事業 | 指定年月日 | | 異動等の区分 | 異動年月日 |
| 介護給付 | 居宅介護 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 重度訪問介護 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 同行援護 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 行動援護 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 療養介護 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 生活介護 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 短期入所 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 重度障害者等包括支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 施設入所支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 訓練等給付 | 自立訓練 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 就労移行支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 就労継続支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 就労定着支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 自立生活援助 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 共同生活援助 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 通所支援 | 児童発達支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 放課後等デイサービス |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 居宅訪問型児童発達支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 保育所等訪問支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 相談支援 | 計画相談支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 地域移行支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 地域定着支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 障害児相談支援 |  |  | | 1新規　2変更　3終了 |  |
| 特記事項 | 変更前 | | | | 変更後 | | |
|  | | | |  | | |
| 関係書類 | | |  | | | | |

注1　「該当事業」欄は，今回届出する事業欄に「○」を記入してください。

　2　「異動等の区分」欄は，今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

　3　「特記事項」欄は，変更の状況について加算の名称及び内容を具体的に記載してください。