様式第39号

(表面)

介護給付費等算定に係る体制等に関する申請書

　　年　　月　　日

　高知市長　　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

担当者氏名

　次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 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 | 　 |
| 法人の種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 　 | 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　　　―　　　　　)　　　　　　　　県　　　　　　　郡・市 |
| 主たる事業所・施設の状況 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　　　　―　　　　　)　　　　　　　　県　　　　　　　郡・市 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管理者の氏名 | 職名 | 　 | 氏名 | 　 |
| 管理者の住所 | (郵便番号　　　　　―　　　　　)　　　　　　　　県　　　　　　郡・市 |

(裏面)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請を行う事業所・施設の種類 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定年月日 | 異動等の区分 | 異動年月日 | 異動項目(※変更の場合) |
| 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　「法人の種別欄」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。

　2　「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入してください。

　3　「実施事業」欄は，該当する欄に「○」を記入してください。

　4　「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。

　5　「異動項目」欄は，(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記入してください。

　6　「特記事項」欄は，異動の状況について具体的に記入してください。