

受付番号	記載不要
------	------

小樽市介護予防・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<指定事業者用>

令和 8 年 4 月 1 日

小樽市長 様

所在地 (法人住所を記載) 小樽市花園〇丁目〇番〇号

申請者 名称 (法人名を記載) 株式会社 〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

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	(法人フリガナを記載) カブシキカイシャ 〇〇 (法人名を記載) 株式会社 〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 047-0024) (法人住所を記載) 小樽市花園〇丁目〇番〇号 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0134-00-0000	FAX番号	0134-00-0001	
	法人である場合その種別	(法人種別を記載) 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	〇〇 〇〇
	代表者の住所	(郵便番号 047-0032) 小樽市稲穂〇丁目〇番〇号				
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	(事業所名フリガナを記載) デイサービス〇〇 (事業所名を記載) デイサービス〇〇				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 047-0021) (事業所住所を記載) 小樽市入船〇丁目〇番〇号				
	連絡先	電話番号	0134-00-0002	FAX番号	0134-00-0003	
	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) サテライト事業所の場合のみ記載				
	連絡先					
	管理者の氏名	△△ △△				
管理者の住所	(郵便番号 047 - 0033) 小樽市富岡〇丁目〇番〇号					
届出を行う事業所の状況	同一所在地において行う事業等の種類	実施	指定	異動等の発生	市町村が定める単位の有無	
	訪問型サービス (独自)		開設時の指定年月日を記載	年	加算名を記載 (欄が足りない場合は、「下記の通り」と記載)	
	訪問型サービス (共生型サービス)					
	通所型サービス (独自)	〇	R3.4.1	■1新規 ■2変更 □3終了	R8.6.1	下記の通り
	通所型サービス (共生型サービス)			□1新規 □2変更 □3終了		記載不要
介護予防ケアマネジメント			□1新規 □2変更 □3終了		1有 2無	
介護保険事業所番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
特記事項	変更前		変更後			
	(変更前の加算を記載) 一体的サービス提供加算 なし サービス提供体制強化加算 加算Ⅱ 介護職員等処遇改善加算 加算Ⅰ		(変更後の加算を記載) 一体的サービス提供加算 あり サービス提供体制強化加算 加算Ⅰ 介護職員等処遇改善加算 (利用定員19人以上) 加算Ⅰイ			
関係書類	小樽市 介護予防・日常生活支援総合事業所の指定申請に係る提出書類一覧のとおり					

当てはまる区分の口を■にしてください。

開設時の指定年月日を記載

加算名を記載 (欄が足りない場合は、「下記の通り」と記載)

算定開始予定日を記載

異動等の区分について

- 1 新規:対象加算が「なし」から「あり」や「Ⅰ」などに変更
- 2 変更:対象加算が「Ⅰ」から「Ⅱ」などに変更
- 3 終了:対象加算が「あり」や「Ⅰ」などから「なし」に変更

一度「なし」で終了した加算を再度取り直す場合は「新規」の扱いとなります。
新規で算定する加算と変更になる加算がある場合は、「新規」と「変更」の両方を選択してください。