

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
<地域密着型サービス事業者・地域密着型介護予防サービス事業者用><居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者用>

(宛先) 焼津市長

年 月 日

所在地
名称

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。

Form with multiple sections: 届出者 (Applicant), 事業所の状況 (Business Status), 届出を行う事業所の状況 (Business Status Details), 地域密着型サービス (Local Community-based Services), 医療機関コード等 (Medical Institution Codes), 特記事項 (Remarks).

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
備考2 「法人である場合その種別」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」...