

記入例

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 7 年 3 月 日

川口市長 殿

所在地

埼玉県川口市青木2-1-1

名 称

株式会社 きゅぼらん

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。

事業所所在地市町村番号 11203

届出者	フリガナ 名 称	カブシキガイシャ キュボラン 株式会社 きゅぼらん				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 332 - 8601) 埼玉県 川口市 群青木2-1-1 (ビルの名称等)				
	連絡先 法人の種類	電話番号	048-258-1110	FAX番号	048-258-7493	
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	川口 太郎	
	代表者の住所	(郵便番号 332 - 8601) 埼玉県 川口市 群青木2-1-1				
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	ショートステイ キュボラン ショートステイ きゅぼらん				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 332 - 8601) 埼玉県 川口市 群青木2-1-1				
	連絡先	電話番号	048-259-7293	FAX番号	048-258-7493	
	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 -) 県 群市				
	連絡先 管理者の氏名	電話番号		FAX番号		
管理者の住所	(郵便番号 332 - 8601) 埼玉県 川口市 群青木2-1-1					
届出を行う事業所・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(許可) 年月日	異動等の区分	異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	訪問介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	訪問入浴介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	訪問看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	訪問リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	居宅療養管理指導			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	通所リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	短期入所生活介護	○	H30.4.1	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	R7.4.1	その他該当する体制等
	短期入所療養介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	福祉用具貸与			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防訪問看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防短期入所生活介護	○	H30.4.1	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	R7.4.1	その他該当する体制等
	介護予防短期入所療養介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
介護予防福祉用具貸与			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
施設	介護老人福祉施設			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
介護老人保健施設			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護医療院			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			
介護保険事業所番号	1 1 7 0 2 0 0					
医療機関コード等						
特記事項	変 更 前			変 更 後		
				身体拘束廃止取組の有無 基準型		
関係書類	別添のとおり					

予防を行っている場合は、
予防の欄にも記載すること

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」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。
- 3 「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載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字の横の口を■にしてください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「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」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

その他の加算を届出する場合は、別途書類を作成し、届け出ること。

記入例

(別紙3-2)

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>
 令和 7 年 3 月 日

川口市長 殿

所在地 埼玉県川口市青木2-1-1

名 称 株式会社 きゅぼらん

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	カブシキガイシャ キュポラン 株式会社 きゅぼらん						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 332 - 8601) 埼玉県 川口 群⑦ 青木2-1-1 (ビルの名称等)						
	連絡先	電話番号	048-258-1110		FAX番号	048-258-7493		
	法人である場合その種別	営利法人		法人所轄庁	川口市			
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役		氏名	川口 太郎		
	代表者の住所	(郵便番号 332 - 8601) 埼玉県 川口 群⑦ 青木2-1-1						
事業所の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	ショウキボタキノウガタキョタクカイゴ キュポラン 小規模多機能型居宅介護 きゅぼらん						
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 332 - 8601) 埼玉県 川口 群⑦ 青木2-1-1						
	連絡先	電話番号	048-259-7293		FAX番号	048-258-7493		
	主たる事業所の所在地以外 の場所以て一部実施する場合の出張所等の 所在地	(郵便番号 -) 県 群市						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
	管理者の氏名							
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 事業	指定年 月日	異動等の区分		異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)	市町村が定める単位の有無 (市町村記載)
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		地域密着型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		療養通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		認知症対応型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		小規模多機能型居宅介護	○	H30.4.1	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	R7.4.1	その他該当する体制等	☐ 1有
		認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		地域密着型特定施設入居者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		複合型サービス			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
	居宅介護支援	介護予防認知症対応型通所介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
		介護予防小規模多機能型居宅介護	○	H30.4.1	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	R7.4.1	その他該当する体制等	☐ 1有
		介護予防認知症対応型共同生活介護			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有
介護予防支援				☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了			☐ 1有	
地域密着型サービス事業所番号等		1 1 9 0 2 0 0 0 0 0						
指定を受けている市町村		川口市						
介護保険事業所番号								
既に指定等を受けている事業								
医療機関コード等								
特記事項	変 更 前				変 更 後			
					身体拘束廃止取組の有無 基準型			
関係書類		別添のとおり						

予防を行っている場合は、
予防の欄にも記載すること

- 備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。
 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」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄、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載してください。
 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所について該当する数字の横の□を■にしてください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1-3)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場合で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

その他の加算を届出する場合は、別途書類を作成し、届け出ること。