介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年　　月　　日

吹田市長　　宛

主たる事務所の所在地

申請者　名　称

代表者の職・氏名

法人以外の者にあっては、　住所及び氏名

介護給付費算定に係る体制等について、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（開設）者 | フリガナ |  | | | |
| 名称又は氏名 |  | | | |
| 主たる事務所の所在地又は住所 | （郵便番号　　　－　　　　）  　　　　　都 道　　　　　　　郡 市  府 県　　　　　　　区 | | | |
| 申請者の連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | | 法人の所轄庁 |  |
| 代表者の職・氏名 | 職名 |  | フリガナ |  |
| 氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院・診療所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院又は診療所の名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院又は診療所の所在地 | | | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院又は診療所の連絡先 | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | FAX番号 | | |  | | | | |
| 管理者の氏名 | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 病院・診療所の区分 | | | |  | | | 病　院 | |  | 診療所 |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード | | | | | **２７１** | | | |  |  |  | |  | |  |  | |  | 病院・診療所の開設日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 実施単位数 | | | 単位 | | | | 利用定員 | | | | | | | | | | 人 | | | | | 専用の部屋等の面積 | | | | | | ㎡ | | |
| 一日当たりの総利用者数（定員合計） | | | | | 人 | | | | | | | | | 専用の部屋等の面積（合計） | | | | | | | ㎡ | | | |  | | | | | |

|  |
| --- |
| 備考 １　「法人の種別」の欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入すること｡  ２　「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。  ３　「病院・診療所の開設日」の欄には、保健医療機関として開設許可等を受けた開設日を記載すること。  ４　「医療機関コード」の欄には、保健医療機関として指定を受けた番号を記載すること。 |