

法人の 情報を入 力	【必須】届出日	令和	6	年	6	月	1	日		使い方・入力方法 黄色のセルに入力してください。【必須】は必ず入力してください。 全ての入力が終わりましたら別紙50(印刷用)を印刷してください。 ←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。 ←「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。	
	【必須】届出者(法人)所在地の郵便番号	〒	061	-	3216						
	【必須】届出者(法人)所在地	石狩市花川北6条〇丁目〇番地									
	【該当者のみ】法人入居ビル等の名称	石狩第1ビル1階									
	【必須】届出者(法人)名称のフリガナ	イシカリカブシキガイシャ									
	【必須】届出者(法人)名称	石狩株式会社									
	【必須】届出者(法人)の代表者の職名	代表取締役									
	【必須】届出者(法人)の代表者の氏名	石狩 太郎									
	【必須】届出者(法人)の電話番号	0133-〇〇-〇〇〇〇									
	【該当者のみ】届出者(法人)のファックス番号	0133-〇〇-〇〇〇〇									
	【必須】法人の種別	株式会社									
	【必須】法人所轄庁	北海道知事									
	【必須】届出者(法人)代表者の住所の郵便番号	〒	061	-	3214						
	【必須】届出者(法人)代表者の住所	石狩市花川北4条〇丁目〇番地									
事業所の 情報を入 力	【必須】介護保険事業所番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	【必須】事業所所在地の郵便番号	〒	061	-	3217						
	【必須】事業所所在地	石狩市花川北7条〇丁目〇番地									
	【該当者のみ】事業所入居ビル等の名称	石狩第2ビル1階									
	【必須】事業所名称のフリガナ	デイサービスセンターイシ									
	【必須】事業所名称	デイサービスセンター石									
	【必須】事業所の電話番号	0133-〇〇-〇〇〇〇									
	【該当者のみ】事業所のファックス番号	0133-〇〇-〇〇〇〇									
	【必須】事業所管理者の住所の郵便番号	〒	061	-	3213						
	【必須】事業所管理者の住所	石狩市花川北3条〇丁目〇番地									
	【必須】事業所管理者の氏名	石狩 花子									
出張所の 情報を入 力	【該当者のみ】出張所所在地の郵便番号	〒	061	-	3283						
	【該当者のみ】出張所の所在地	石狩市花畔3条〇丁目〇番地									
	【該当者のみ】出張所入居ビル等の名称	石狩第3ビル1階									
	【該当者のみ】出張所の電話番号	0133-〇〇-〇〇〇〇									

カ	【該当者のみ】出張所のファックス番号		0133-〇〇-〇〇〇〇			
サービス情報を入力	【訪問型サービス(独自)を行っている場合は必須】 訪問型サービス(独自)				←訪問型サービス(独自)を行っている場合は〇を入力してください。	
	【訪問型サービス(独自)を行っている場合は必須】 指定(更新)年月日					←新規指定の場合は指定年月日を入力してください。新規指定以外の場合は直近の指定更新年月日を入力してください。
	【訪問型サービス(独自)を行っている場合は必須】 異動(予定)年月日					←新規指定の場合は指定の予定年月日を、変更の場合は変更年月日を、終了の場合は終了年月日を入力してください。
	【該当者のみ】異動等の区分(新規)			※訪問型サービス(独自)を行っている事業所の異動等について、 <u>新規、変更、終了いずれか一つに〇を入力してください。</u>		
	【該当者のみ】異動等の区分(変更)					
	【該当者のみ】異動等の区分(終了)					
	【通所型サービス(独自)を行っている場合は必須】 通所型サービス(独自)		○			←通所型サービス(独自)を行っている場合は〇を入力してください。
	【通所型サービス(独自)を行っている場合は必須】 指定(更新)年月日		令和2年4月1日		←新規指定の場合は指定年月日を入力してください。新規指定以外の場合は直近の指定更新年月日を入力してください。	
	【通所型サービス(独自)を行っている場合は必須】 異動(予定)年月日		令和6年7月1日		←新規指定の場合は指定の予定年月日を、変更の場合は変更年月日を、終了の場合は終了年月日を入力してください。	
	【該当者のみ】異動等の区分(新規)			※通所型サービス(独自)を行っている事業所の異動等について、 <u>新規、変更、終了いずれか一つに〇を入力してください。</u>		
	【該当者のみ】異動等の区分(変更)		○			
	【該当者のみ】異動等の区分(終了)					
	【異動等の区分が変更の場合のみ】特記事項変更前情報		口腔機能向上加算「なし」		←「特記事項変更前情報」及び「特記事項変更後情報」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。	
【異動等の区分が変更の場合のみ】特記事項変更後情報		口腔機能向上加算「あり」				

(別紙50)

受付番号	
------	--

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 6 年 6 月 1 日

石狩市長 殿

所在地 石狩市花川北6条〇丁目〇番地 石狩第1ビル1階
名称 石狩株式会社
代表取締役 石狩 太郎

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		
届出者	フリガナ 名称	イシカリカブシキガイシャ 石狩株式会社					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 061 — 3216) 石狩市花川北6条〇丁目〇番地 (ビルの名称等) 石狩第1ビル1階					
	連絡先	電話番号	0133-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	0133-〇〇-〇〇〇〇		
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁	北海道知事			
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	石狩 太郎		
	代表者の住所	(郵便番号 061 — 3214) 石狩市花川北4条〇丁目〇番地					
事業所・施設 の状況	フリガナ 主たる事業所・施設の名称	デイサービスセンターイシ デイサービスセンター石					
	主たる事業所・施設の 所在地	(郵便番号 061 — 3217) 石狩市花川北7条〇丁目〇番地 (ビルの名称等) 石狩第2ビル1階					
	連絡先	電話番号	0133-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	0133-〇〇-〇〇〇〇		
	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 061 — 3283) 石狩市花畔3条〇丁目〇番地 (ビルの名称等) 石狩第3ビル1階					
	連絡先	電話番号	0133-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	0133-〇〇-〇〇〇〇		
	管理者の氏名	石狩 花子					
	管理者の住所	(郵便番号 061 — 3213) 石狩市花川北3条〇丁目〇番地					
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（更新） 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)
		訪問型サービス（独自）			☐ 1新規 ☐ 2変更 ☐ 3終了		
		通所型サービス（独自）	○	令和2年4月1日	☐ 1新規 ☒ 2変更 ☐ 3終了	令和6年7月1日	特記事項参照
介護保険事業所番号		0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					
特記事項	変 更 前				変 更 後		
	口腔機能向上加算「なし」				口腔機能向上加算「あり」		
関係書類		別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
2 「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。
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□を■に変更してください。
6 「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。
7 「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、別紙（任意様式）を使用して、全ての出張所等の状況について記載してください。