

(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

埼玉県知事殿

所在地 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1

名称 株式会社こぼとん

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

届出者	フリガナ 名称	カブシキガイシャコバトン 株式会社こぼとん				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 330 - 9301) 埼玉県 さいたま市 浦和区高砂3-15-1 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	048-830-0000	FAX番号	048-830-0000	
	法人の種類	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	コバトン
	代表者の住所	(郵便番号 -) 埼玉県 さいたま市 000 1-1-1				
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	コバトン こぼとん				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 359 - ****) 埼玉県 さいたま市 00 1-1-1				
	連絡先	電話番号	04-2929-0000	FAX番号	04-2929-0000	
	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	電話番号	FAX番号			
	管理者の氏名	さいたまっち (郵便番号 -) 埼玉県 さいたま市 000 1-1-1				
届出を行う事業所・施設の種類の	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)
	指定居宅サービス	訪問介護		<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	短期入所生活介護	○	平成31年1月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年4月1日	その他該当する体制等
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防短期入所生活介護	○	平成31年1月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和7年4月1日	その他該当する体制等
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護老人保健施設				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護医療院				<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
介護保険事業所番号	*****					
医療機関コード等						
特記事項	変更前	必ず事業所番号をご記入ください。				
	変更後	身体拘束廃止未実施減算 基準型				
関係書類						

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載し
 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「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「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
 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定」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。

令和7年4月からの身体拘束廃止未実施減算のみの届出を行う場合は、記入例を参考にご記入ください。

その他の加算の変更届出も同時に行う場合は、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類もご作成ください。

予防サービスも実施している場合は、予防サービスの欄も忘れずに記入してください。

令和7年4月1日