



介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

（様式14）

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（注1）

年 月 日

いわき市長 殿

届出者所在地
法人名
代表者名

このことについて、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定地域相談支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成24年厚生労働省告示第124号）に基づき、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所番号																	
届出を行う事業所・施設	名称																
	所在地																
	サービス種別																
	事業所電話番号					事業所FAX番号											
	E-mail																
	担当者職名					担当者氏名											
同一所在地において行う事業等の種類	実施事業（注2）	指定年月日	異動等の区分（注3）				異動年月日										
	居宅介護		1 新規 2 変更 3 終了														
	重度訪問介護		1 新規 2 変更 3 終了														
	同行援護		1 新規 2 変更 3 終了														
	行動援護		1 新規 2 変更 3 終了														
	療養介護		1 新規 2 変更 3 終了														
	生活介護		1 新規 2 変更 3 終了														
	短期入所		1 新規 2 変更 3 終了														
	重度障害者等包括支援		1 新規 2 変更 3 終了														
	施設入所支援		1 新規 2 変更 3 終了														
	自立訓練		1 新規 2 変更 3 終了														
	就労移行支援		1 新規 2 変更 3 終了														
	就労継続支援		1 新規 2 変更 3 終了														
	就労定着支援		1 新規 2 変更 3 終了														
	自立生活援助		1 新規 2 変更 3 終了														
	共同生活援助		1 新規 2 変更 3 終了														
	相談支援		1 新規 2 変更 3 終了														
	地域移行支援		1 新規 2 変更 3 終了														
	地域定着支援		1 新規 2 変更 3 終了														
	特定相談支援		1 新規 2 変更 3 終了														
障害児相談支援		1 新規 2 変更 3 終了															
変更前	変更後																
変更の内容（注4）																	
関係書類（注5）	別紙のとおり																

- 多機能型の場合、それぞれのサービスごとに届出書を作成してください。
- 担当者氏名は書類作成者の氏名をご記入ください。
- 届出するサービスにについて、「実施事業」に「○」を付けてください。
- 異動等の区分は変更がない場合でも、便宜的に「2 変更」に「○」を付けてください。
- 異動年月日は「令和7年4月1日」としてください。