

(別紙3-2)

業務継続計画(BCP)未策定減算のみの記入例(地域密着型)

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 年 月

上田市長 殿

事業所名称

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。

令和7年4月1日【必着】までに提出してください。

届出者	フリガナ 名 称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市 (ビルの名称等)						
	連 絡 先	電話番号			FAX番号			
	法人である場合その種別			法人所轄庁				
	代表者の職・氏名	職名			氏名			
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市						
	フリガナ 事業所・施設の名称							
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市						
	連 絡 先	電話番号			FAX番号			
	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 ー) 県 群市						
届出を行う事業所の状況	連 絡 先	電話番号			FAX番号			
	管理者の氏名							
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 群市						
	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)
	夜間対応型訪問介護	○	令和〇年〇月〇日	□ 1新規 ■ 2変更 □ 3終了		令和7年4月1日	下記特記事項のとおり	□ 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			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				□ 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	○	令和〇年〇月〇日	□ 1新規 ■ 2変更 □ 3終了		令和7年4月1日	下記特記事項のとおり	□ 1 有
	複合型サービス			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				□ 1 有
	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			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了				□ 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	
居宅介護支援			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了					
介護予防支援			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了					
地域密着型サービス事業所番号等								
指定を受けている市町村								
介護保険事業所番号		(指定を受けている場合)						
既に指定等を受けている事業		事業所番号は必ず、記入してください。						
医療機関コード等								
特記事項	変	変 更 後						
		業務継続計画 (BCP)未策定減算 基準型						
関係書類		別添のとおり						

- 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「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は「国」「都道府県」「市町村」を記入してください。
- 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の異動状況を「1新規」「2変更」「3終了」で記入してください。
- 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」の人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記入してください。
- 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月からの業務継続計画(BCP)未策定減算のみに係る届出の場合は、例を参考に記入してください。
- 他の加算の変更も同時に届け出る場合は、変更前・後に該当加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。