

(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 6 年 5 月 10 日

新潟市長 殿

所在地 新潟市秋葉区東金沢1459番地1

名称 社会医療法人 新潟勤労者医療協会

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届けます。

		事業所所在地市町村番号									
届出者	フリガナ 名称	シャカイイリョウホウジンニイガタキンロウシャイリョウキョウカイ 社会医療法人新潟勤労者医療協会									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 956 - 0814) 新潟 県 新潟 市 秋葉区東金沢1459番地1 (ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号	0250-24-5170	FAX番号	0250-24-5150						
	法人の種別	医療法人	法人所轄庁	新潟県							
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	五十嵐 修						
	代表者の住所	(郵便番号 956 - 0024) 新潟 県 新潟 市 秋葉区山谷町3丁目2番1号									
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所・施設の名称	カイゴロウジンホケンシセツオギノサト 介護老人保健施設おぎの里									
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 956 - 0012) 新潟 県 新潟 市 秋葉区荻野町3番8号									
	連絡先	電話番号	0250-25-3071	FAX番号	0250-25-3073						
	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 郡市									
	連絡先	電話番号		FAX番号							
	管理者の氏名	太刀川 朗									
管理者の住所	(郵便番号 956 - 0816) 新潟 県 新潟 市 秋葉区新津東町1丁目2番30号										
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(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)					
	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	○	平成12年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和6年6月1日	その他該当する体制等					
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了							
	短期入所療養介護	○	平成12年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和6年6月1日	その他該当する体制等					
	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	○	平成18年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和6年6月1日	その他該当する体制等					
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了							
	介護予防短期入所療養介護	○	平成18年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和6年6月1日	その他該当する体制等					
	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	○	平成12年4月1日	<input type="checkbox"/> 1新規 <input checked="" type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了	令和6年6月1日	その他該当する体制等					
	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		1	5	5	0	1	8	0	1	8	4
医療機関コード等											
特記事項	変更前	(短期入所療養介護) 介護職員等処遇改善加算なし (介護予防短期入所療養介護) 介護職員等処遇改善加算なし (介護老人保健施設) 介護職員等処遇改善加算なし (通所リハビリテーション) 介護職員等処遇改善加算なし (通所リハビリテーション) リハビリテーションマネジメント加算Aあり (介護予防通所リハビリテーション) 介護職員等処遇改善加算なし									
	変更後	(短期入所療養介護) 介護職員等処遇改善加算 I あり (介護予防短期入所療養介護) 介護職員等処遇改善加算 I あり (介護老人保健施設) 介護職員等処遇改善加算 I あり (通所リハビリテーション) 介護職員等処遇改善加算 I あり (通所リハビリテーション) リハビリテーションマネジメント加算口あり (介護予防通所リハビリテーション) 介護職員等処遇改善加算 I あり									
関係書類		別添のとおり									

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」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■にしてください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、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。