

サービス提供責任者の体制の減算に係る届出書

介護保険事業者番号	0 1	異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
法人名					
事業所名					

平成27年3月31日時点で、現に配置している介護職員初任者研修終了者（2級課程修了者）のサービス提供責任者	氏名	氏名

<p>当該訪問型サービス事業所以外の事業所であって、当該事業所に対して訪問型サービスの提供に係る支援を行うものとの密接な連携の下に運営される訪問型サービス事業所（いわゆる「サテライト事業所」）となること又はなることが計画されている。</p>	有 ・ 無				
<table border="1"><tr><td>移行予定年月日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr></table> <p>(実施予定年月日は平成30年3月31日までの間のいずれかの日)</p>	移行予定年月日	年	月	日	
移行予定年月日	年	月	日		