

(別紙50)

業務継続計画未策定減算のみ届出の記載例 (異動日: 令和7年4月1日)

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

年 月 日

(あて先) 伊賀市長

所在地

伊賀市〇〇町123番地

令和7年4月から適用される業務継続計画未策定減算のみの場合は、**令和7年3月21日(必着)**で提出をお願いします。

名 称

特定非営利活動法人〇〇

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	トクテイヒエイリカツドウホウジン〇〇 特定非営利活動法人〇〇									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 123 — 4567) 伊賀市〇〇町1234番地 (ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号	059-123-4567		FAX番号						
	法人の種別	特定非営利活動法人		法人所轄庁							
	代表者の職・氏名	職名	理事長		氏名	〇〇 〇〇					
	代	(郵便番号 456 — 1234) 伊賀市▽△456番地									
	事業所・施設の状況	主 所在地	(郵便番号 123 — 4567) 伊賀市〇〇町1234番地								
連絡先		電話番号	059-123-4567		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 —)									
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 654 — 1234) 伊賀市□□町789番地									
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)				
	訪問型サービス(独自)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了							
	訪問型サービス(独自・定率)			□ 1新規 □ 2変更	異動予定年月日: 令和7年4月1						
	訪問型サービス(独自・定額)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了							
	通所型サービス(独自)	○		□ 1新規 ■ 2変更 □ 3終了	令和7年4月1日						
	事業所番号(市の指定番号)を必			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了							
	通所型サービス(独自・定額)			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了							
介護保険事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	
特記事項	変 更 前				変 更 後						
	「変更前」は空欄のままで構いません。				業務継続計画未策定減算 基準型						
関係書類	別添のとおり										

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄は、申請者が「法人の種別」欄は、申請者が「株式会社」「有限会社」等の別「法人所轄庁」欄は、申請者が「実施事業」欄は、該当する欄「異動等の区分」欄には、今回「異動項目」欄には、(別紙1-4)に記載してください。
- 備考2 「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。
- 備考3 「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。
- 適切な措置を講じている場合は、変更後の欄に「業務継続計画未策定減算 基準型」と記入してください。
- ※業務継続計画未策定減算以外の加算内容を変更する場合は「介護給付費算定等に係る体制等一覧表」及び必要書類を添付してください。