

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る休制等に関する届出書
く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7年4月

石岡市長 殿

事業所名

石岡市役所

このことについて、以下のとおり事業者から届出がありましたので関係書類を添えて進呈します。

届出者	フリガナ 名 称	イシオカメディカル・サービスカブシキガイシャ ①				
	主たる事務所の所在地	茨城県石岡市石岡1-1-1 ④				
	連絡先	電話番号 0299-23-1111 ⑤	FAX番号			
	法人である場合その種別	株式会社 ⑥	法人所轄序			
	代表者の職、氏名	職名 代表取締役社長 ⑦	氏名 石岡 太郎 ⑧			
	代表者の住所					
	フリガナ 事業所、施設の名称	(郵便番号 -)				
	主たる事業所の所在地					
	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 -)				
事業所の状況	連絡先	電話番号	FAX番号			
	管理者の氏名	(郵便番号 -)				
	管理者の住所	県 市				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施年月日	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)	異動項目
	訪問対応型訪問介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
	地域密着型通所介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
	地域密着型通所介護	⑨	⑩	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
	認知症対応型通所介護	⑪	⑫	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有	
	小規模多機能型介護			□ 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	
介護予防型共同生活介護			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
サービス			□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	⑬	⑭	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	⑮	⑯	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	⑰	⑱	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	⑲	⑳	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉑	㉒	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉓	㉔	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉕	㉖	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉗	㉘	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉙	㉚	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉛	㉜	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉖	㉗	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉘	㉙	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉚	㉛	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉛	㉜	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉖	㉗	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉘	㉙	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
介護予防型共同生活介護	㉚	㉛	□ 1新規 □ 2変更 □ 3終了	□ 1有		
地域密着型サービス事業所番号等	1 0 8 2 4 4 3 1 2 2 ⑯					
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)					
既に指定を受けている事業	特定期別用印面番号 ⑯					
医療機関コード等	支 事 前	支 事 後				
特記事項	サービス提供体制強化加算Ⅱ その他「体制等状況一覧表」記載のとおり ⑯					
関係書類	別添のとおり					

備考1 「受付番号」欄に記載しないでください。

2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」

3 「財團法人」「株式会社」「有限会社」等の別欄に記入してください。

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1-3」「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、その他担当する体制等、割引)を記載してください。

7 「特記事項」欄は、異動の内容について体制の変更等を記入してください。

8 「主たる事業所の別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、適宜箇を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

No.	項目	文字数	値	備考
①	フリガナ	22	イシオカメディカル・サービスカブシキガイシャ	
②	名称	16	石岡メディカル・サービス株式会社	
③	郵便番号	8	315-8640	
④	住所	13	茨城県石岡市石岡1-1-1	
⑤	電話番号	11	0229-23-1111	
⑥	種別	4	株式会社	
⑦	職名	7	代表取締役社長	○を読み取り、「認知症対応型通所介護」と出力
⑧	氏名	4	石岡 太郎	
⑨	実施事業	1	○	○を読み取り、「複合型サービス」と出力
⑩	指定年月日	9	平成25年4月1日	
⑪	異動等の区分	1	■ 3終了	■を読み取り、「3終了」と出力
⑫	異動(予定)年月日	9	令和7年3月31日	
⑬	実施事業	1	○	○を読み取り、「複合型サービス」と出力
⑭	指定年月日	9	令和2年10月1日	
⑮	異動等の区分	1	■ 2変更	■を読み取り、「2変更」と出力
⑯	異動(予定)年月日	8	令和7年7月1日	
⑰	異動項目	10	その他該当する体制等	
⑱	地域密着型サービス事業所番号等	10	1082443322	
⑲	既に指定等を受けている事業	8	特定福祉用具販売	
⑳	医療機関コード等	7	4456778	
㉑	変更前	13	サービス提供体制強化加算Ⅲ	
㉒	変更後	32	サービス提供体制強化加算Ⅱ	
			32その他「体制等状況一覧表」記載のとおり	

計 204