

業務継続計画（BCP）未策定減算のみの記入例（地域密

--	--

栄村長

所在地 令和7年4月1日【必着】までにご提出ください。

名称

フリガナ 名 称											
	(郵便番号 ー)										
	主たる事務所の所在地 県 郡市					(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										
出 者	代表者の職・氏名		職名		法人所轄庁			氏名			
	(郵便番号 ー)										
	代表者の住所 県 郡市										
事業 所 の 状 況	フリガナ 事業所・施設の名称										
	(郵便番号 ー)										
	主たる事業所の所在地 県 郡市										
	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										
	連 絡 先		電話番号					FAX番号			
	管理者の氏名										
事業 所 の 状 況	(郵便番号 ー)										
	管理者の住所 県 郡市										
届 出 を 行 う 事 業 所 の 状 況	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)	市町村記載 (市町村記載)	
	夜間対応型訪問介護				☐ 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	令和7年4月1日	下記特記事項のとおり	☐ 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				☐ 1新規	☐ 2変更	☐ 3終了			☐ 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			☐ 1有	
介護予防支援				☐ 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 2 3 4 5 A 6 7 8 Z								
指定を受けている市町村			栄村、○○、○○								
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所番号			事業所番号は必ずご記入願います。								
医療機関コード等											
特 記 事 項	変 更 前				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、申請者が法人である場合、「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入し、

3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合には、

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、

6 「異動項目」欄には、(別紙1ー3)「介護給付費算定に人員配置区分、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、異動以外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あって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。