（別紙2）

業務継続計画（BCP）未策定減算のみの記入例（総合事

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＞

令和　　年　　月　　日

栄村長 殿

所在地

名　称

令和７年４月１日【必着】までにご提出ください。

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				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　群市 （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	（郵便番号　　―　　） 県　　群市			
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	（郵便番号　　―　　） 県　　群市			
	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	（郵便番号　　―　　） 県　　群市			
	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　　―　　） 県　　群市			

届出を行う事業所・施設の種類	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 □ 3終了		
	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）	○	令和○年○月○日	□ 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
	通所型サービス（独自・定率）			□ 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		
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	

令和７年４月からの業務継続計画（BCP）未策定減算のみに係る届出の場合は、例を参考にご記入ください。
他の加算の変更も同時に届け出る場合は、変更前・後に該当加算名を記入し、「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」等の必要書類も添付してください。

備考1　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないで
2　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福
「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
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
6　「異動項目」欄には、（別紙1-4）「介護予防・日常生活支援
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。