

とする。

第9条 この契約の有効期間満了前1か月までに契約の当事者の何れか一方から何らかの意思表示がなされないときは、有効期間満了の翌日において向こう1か年間順次契約を更新したものと見なす。

この契約の確実を証明するため本書式通を作成し双方連名捺印のうえ各書通を所持するものとする。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

甲 〇〇市（町・村）

乙 〇〇

変更届出書

第 号  
年 月 日

〇〇市(町・村)長 殿

住 所  
事業者(所在地)  
氏 名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。

		基準該当事業所番号								
内容を変更した事業所		名称								
		所在地								
サービスの種類										
変更があった事項		変更の内容								
1	事業所の名称	(変更前)								
2	事業所の所在地									
3	主たる事務所の所在地									
4	代表者の氏名及び住所									
5	事業所の建物の構造等									
6	備品(訪問入浴介護事業に限る。)	(変更後)								
7	事業所の管理者の氏名及び住所									
8	サービス提供責任者の氏名及び住所									
9	運営規程									
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関(訪問入浴事業に限る。)									
11	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託先の状況)									
変更年月日		平成 年 月 日								

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

事業廃止（休止・再開）届出書

第 号  
年 月 日

〇〇市（町・村）長 殿

住 所  
事業者（所在地）  
氏 名  
（名称及び代表者氏名） 印

次のとおり事業の廃止（休止）をいたしましたので届け出ます。

	基準該当事業所番号								
廃止（休止）する事業所	名称								
	所在地								
休止・廃止の別	休 止 ・ 廃 止								
休止・廃止した年月日	平成 年 月 日								
休止・廃止した理由									
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置									
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日								

(別表) 登録事項の変更に係る添付書類一覧

番号	変更の届出が必要な事項	サービスの種類	訪問介護①	訪問入浴②	通所介護③	福祉用具④	居宅支援⑤
1	事業所の名称		○	○	○	○	○
2	事業所の所在地		○	○	○	○	○
3	主たる事務所の所在地		○	○	○	○	○
4	代表者の氏名及び住所		○	○	○	○	○
5	事業所の建物の構造等		○	○	○	○	○
6	備品			○			
7	事業所の管理者の氏名及び住所		○	○	○	○	○
8	サービス提供責任者の氏名及び住所		○				
9	運営規程		○	○	○	○	○
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関			○			
11	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合には、委託等の契約の内容)					○	

備考 変更の状況が判る書類を添付してください。



## サービス提供証明書等について

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

（保険給付の請求のための証明書の交付）

第21条 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定訪問介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）

（保険給付の請求のための証明書の交付）

第11条 指定居宅介護支援事業者は、提供した指定居宅介護支援について前条第1項の利用料の支払を受けた場合は、当該利用料の額等を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

※他の居宅サービス、基準該当居宅サービス及び施設サービスの場合も同様

### 1. 様式について

別紙のとおり。基本的には介護給付費明細書と同じとする。

記載が不要の欄については、網掛け等の処理をすることが望ましい。

### 2. 記載事項について

以下に明記していない項目については介護給付費明細書と同様の記載方法とする。

#### (1) 帳票名

「〇〇介護給付費明細書」を「〇〇提供証明書」とする。

帳票にあらかじめ印刷されている帳票名を二重線で消して、書き換える方式をとっても差し支えないものとする。

#### (2) 公費関係欄

サービス提供証明書において公費負担に関する記載は不要であるため、以下の欄については記入しないものとする。

- ① 公費負担者番号
- ② 公費受給者番号
- ③ 公費分回数（日数）
- ④ 公費対象単位数
- ⑤ 公費分単位数または公費分単位数合計
- ⑥ 公費分給付率
- ⑦ 公費分本人負担または公費分利用者負担額
- ⑧ 食事の公費負担日数
- ⑨ 食事の公費請求額

(3) 請求事業者

欄の名称を請求事業者→事業者とする（二重線等で消す方式をとって差し支えない）。

(4) 給付費明細欄

保険給付対象となりうるサービスの内容を全て記載する。  
記載方法は介護給付費明細書と同様。

(5) 計画単位数

支給限度管理は行わないため記入しない。

(6) 給付単位数または単位数合計

給付費明細欄の全ての単位数を合計する。

(7) 保険給付率

記載しない。

(8) 利用者負担額

単位数合計に単位数単価を乗じた結果（切り捨て）を記載する。  
本来領収証の保険対象利用者負担額の合計と一致すべきものであるが、サービスの都度利用者負担を徴収している場合等においては、端数処理により徴収した利用者負担の合計とは一致しない場合がある。

(10) 標準負担額（月額）

利用者が本来負担すべき標準負担額の月額分を記載する。

3. その他

(1) 作成単位

サービス提供月ごとに作成するものとする。

(2) 事業所印

証明のために、事業所の代表者印を押印する。

