

記載例

請求省令附則第二条による免除届出書

「介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令」附則第2条第2項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

附則第2条第2項

請求省令附則第2条第1項(※)の規定による届出せるものとする。

※ 電子情報処理組織又は磁気テープ、フレキシブルディスク等の(表中⑦及び裏面参照)であって、その旨を記載するものとする。

【重要】
提出期限は3月31日までとなっています。4月1日以降提出することはできませんので、くれぐれもご注意ください。

福岡

7桁の医療機関コードの前に「403」を付記して下さい。

開設者

所在地(住所) 福岡市博多区博多駅南1-2-3 博多駅前第一ビル8階

名称及び代表者名(氏名) 保険医歯科診療所



平成 30 年 2 月 10 日

① 介護保険事業者番号	4 0 3 1 2 3 4 5 6 7
② 事業所名称	フリガナ ホケンイシカシンリョウシヨ
	保険医歯科診療所
③ 郵便番号	8 1 2 - 0 0 1 6
④ 電話番号	092-473-5646
⑤ 事業所所在地	福岡市博多区博多駅南1-2-3 博多駅前第一ビル8階
⑥ サービスの種類	居宅療養管理指導
⑦ 届出事由 ※該当する項目の太枠に○をつけてください。	「居宅療養管理指導」とご記入下さい。
<input checked="" type="radio"/> イ	支給限度額管理が不要なサービス(居宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護(短期利用以外)、認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)、地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外)、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護予防居宅療養管理指導、介護予防特定施設入居者生活介護(短期利用以外)及び介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))一種類のみを行うサービス事業所
<input type="radio"/> ハ	若しくは介護予防支援又は総合事業(以下単に「支給限度額管理が必要なサービス」)
<input type="radio"/> ニ	施設サービス(介護福祉施設サービス及び介護保健施設サービス)のみを行う50床未満の介護保険施設
<input type="radio"/> ホ	施設サービス及び支給限度額管理が不要なサービス一種類を行う50床未満の介護保険施設
<input type="radio"/> ヘ	施設サービス及び支給限度額管理が必要なサービス一種類を行う50床未満の介護保険施設
<input type="radio"/> ト	施設サービス、支給限度額管理が不要なサービス一種類及び支給限度額管理が必要なサービス一種類を行う50床未満の介護保険施設
⑧ 備考	<p>【送付先住所】 〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号 福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課 TEL092-642-7858 / FAX092-642-7856</p>

【記入に当たっての説明】

- ・ 本届出は、事業所ごとに行うこと。
- ・ ⑦欄は、該当する項目の太枠に○を記入すること。