

<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(※)の規定による届出を行おうとする指定居宅サービス事業者等は、平成30年3月31日までに、届け出るものとする。
※ 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若しくは光ディスクによる請求を行うことが特に困難と認められるもの(表中の及び裏面参照)であって、その旨を審査支払機関に届け出たものは、書面による請求を行うことができる。

① 平成 年 月 日

(審査支払機関名) 御中

② 開設者
所在地(住所)
名称及び代表者名(氏名) 印

③

① 介護保険事業者番号	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
② 事業所名称	フリガナ コクホクリニック 国保クリニック											
③ 郵便番号	9	9	9	—	9	9	9	9	④ 電話番号	999-999-9999		
⑤ 事業所所在地	愛知県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地											
⑥ サービスの種類	④ 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。												
○	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										
	ロ	支給限度額管理が必要なサービス一種類のみを行うサービス事業所										
	ハ	支給限度額管理が必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サービス事業所										
	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										
	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										
	へ	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										
	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										※ 受付印		

【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。

- ① 提出日 届出を記載した日付を記入してください。
- ② 開設者 法人の場合、法人の所在地、法人名、法人代表者名を記入してください。
印鑑は法人印・社印として使用する印鑑を押印してください。
- ③ 事業所番号 10桁の事業所番号を記入します。
3桁目は医科：1 歯科：3 調剤：4 を記入します
- ④ サービス種類 サービスの名称を記入します。