運営基準減算非適用に関する申請書

番号

令和　　年　　月　　日

松川町長　殿

申請者 事業所名

代表者名

　下記のとおり、運営基準減算非適用に関する申請書します。

記

【対象者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要介護　１　２　３　４　５ | | | | | | | | | | |
| サービス  提供年月 | 令和　　年　　月提供分 | | | | | | | | | | |
| 申請理由 |  | | | | | | | | | | |

【事業所】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者 |  |
| 住　　所 | 申請者に同じ場合は記載不要  電話番号 | | |