**通所事業所による訪問サービス等の実施の届出書**

令和　　　年　　　月　　　日

（　提　出　先　）

足　立　区　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称

代表者氏名

新型コロナウイルス対応のため、次のとおり事業を実施することを届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | | | |
| 対応するサービス  ※右側空欄に○を入れてください。 |  | | 訪問によるサービス提供　　※１ | | | | | | | | |
|  | | 電話による確認　　　　　 　 ※２ | | | | | | | | |
| 上記サービスの提供開始日 | 令和　　　 年　　 　月　　 　日　　※３ | | | | | | | | | | |

※１　令和２年３月６日付厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第４報）」に基づきます。

※２　令和２年４月７日付厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて（第６報）」に基づきます。

※３　 対象事業所における最初の提供日を記入してください。利用者ごとに届け出る必要はありません。

届出書の内容等について問い合わせをする際の担当者氏名と連絡先を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者氏名 | |  |
| 連絡先 | TEL |  |
| FAX |  |