

※ 介護給付費の体制届出書と同封してください。

## 介護給付費算定に係る体制等届出の連絡票

法人名	
法人所在地	
所属部署(事業所名)	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

※内容の確認や、書類の補正等をお願いするときの連絡先として  
確認するためのものです。

※連絡先や担当者が確認できれば、任意の様式でも差し支えありません。

市使用欄			
受付	書類確認	入力	入力確認