**報酬改定に伴う加算届連絡票兼補正書**

(**太線枠内に必要事項を記載して提出してください**)

担　当

受付印

受付番号

受付区分（①届出完了　②届出不備）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 台帳番号 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 事業所番号 | | | 2 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | 連絡先 | TEL： | | | | | | | | | | |
| 担当者名 |  | | FAX： | | | | | | | | | | |
| 平成30年４月からの報酬改定に伴う加算届（郵送受付）の申請を受付けました。  但し、下記のとおり補正等の必要がありますので、早急に必要書類を提出して  ください。  【補正・通信欄】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 内　　　　　　容 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

**補正等の指示があった場合は、補正書類と一緒にこの補正書を併せて提出してください。**

**(必ずコピーをとっておくこと。)**

|  |
| --- |
| **【**問い合わせ先】  大阪府福祉部　障がい福祉室  　生活基盤推進課　指定・指導グループ　（指定担当）  　　　　TEL：０６-６９４4-９１７４（直通）  　　　　　　　０６-６９４４-６３９３（直通） |

**報酬改定に伴う加算届連絡票兼補正書**

記 入 例

(**太線枠内に必要事項を記載して提出してください**))

受付印

担　当

受付番号

受付区分（①届出完了　②届出不備）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 台帳番号 | | | | | | | | | | | | |
|  | | 事業所番号) | | | 2 | 7 | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | １ |
| 事業所名 | 大阪府居宅介護事業所 | | 連絡先 | TEL： ０６ ( ○○○○ ) □□□□ | | | | | | | | | | |
| 担当者名 | ☆☆　☆☆ | | FAX： ０６ ( ○○○○ ) □□□△ | | | | | | | | | | |
| 平成30年４月からの報酬改定に伴う加算届（郵送受付）の申請を受付けました。  但し、下記のとおり補正等の必要がありますので、早急に必要書類を提出して  ください。  【補正・通信欄】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 内　　　　　　容 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |

**補正等の指示があった場合は、補正書類と一緒にこの補正書を併せて提出してください。**

**(必ずコピーをとっておくこと。)**

|  |
| --- |
| 【問い合わせ先】  大阪府福祉部　障がい福祉室  　生活基盤推進課　指定・指導グループ　（指定担当）  　　　　TEL：０６-６９４4-９１７４（直通）  　　　　　　　０６-６９４４-６３９３（直通） |