**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） |