生活保護法指定介護機関 変更届書 中国残留邦人等支援法指定介護機関

次のとおり変更しましたので届け出ます。

										,					
介護	保険事業者番号	1	2												
事	事業所の名称														
	NK-P = -P-1-10.	=													
争:	業所の所在地														
事業の	種類】 該当する	サービ	`スの	種類	K0	を印し	してくた	ざい。							
訪	訪問介護							_				定期巡	回·随時	対応型訪問介	護看護
訪	訪問入浴介護			L	介護	予防訂	坊問入浴	介護				夜間対	応型訪問	問介護	
訪	問看護			L	介護	予防訂	訪問看護	į					着型通用		
\mathbf{H}	問リハビリテーション			L	介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導					地域			通所介護		
H	宅療養管理指導			·	介護	予防周	官宗養	管理指	導		密	7 1 104 1		定対応型通所	介護
通,	所介護		部	ğ 📐				_	_		着型			型居宅介護	
-	所リハビリテーション			5			重所リハロ				サー	_		莫多機能型居	宅介護
-	期入所生活介護			<u> </u>	-		期入所				ピ	_		共同生活介護	
\mathbf{H}	期入所療養介護			<u> </u>			期入所				ス	_		定対応型共同	
-	定施設入居者生活介護		_	\vdash	-		持定施設		生活介	護		_		定施設入居者	
-	社用具貸与 ウ短礼 田目 E ま		_	<u> </u>	4		a祉用具					_		幾能型居宅介	
	定福祉用具販売		\perp	—	_		防福祉	:用具販	売		Ц			隻老人福祉施	設
-	護老人福祉施設		\perp	_	—	介護支					日 倉 倉 海	_	サービス		
$oldsymbol{oldsymbol{ iny}}$	護老人保健施設				介護	予防支	泛援				生活支红	_	サービス		
\vdash	護療養型医療施設 護医療院										接	介護予	防ケアマ	マネジメント	
	RX 100 / 1/4		_												
変 東 事	法人名称・主たる事職所在地・代表者職事業所に関する事事のと関する事業所名称・所在地管理者に思います。	氏名	新旧新旧												
項	関する事項管理者の氏名・生年月日・自	E所 D	新												
	変 更 年	月	F	1						年		月		月	
託	患 者 等 の 措	置	状	兄											
この書	書類は、千葉県知事あ 書類は、変更があった 出には添付書類は不望 26年7月1日以降に開	日から1 要です。	0日以	内に	提出	してく			いても、	届出が。	公要	です。			
千 葉	年 月 日 野 東 知 事 様							者(開 人の主			听在	地 (個人の	易合は自然	宅住所)	
							法	人の名	称(個人	の場合は	:個人	、氏名)			_
							代	表者職	氏名						_
															_
	連絡先電話看	番号 Tel	(-	_		_)	/ 担当者	氏名(

次のとおり変更しましたので届け出ます。

・届出書は介護保険事業者番号ごとに作成してください。

介護保険事業者番号	1 2	000	00000	
事業所の名称	OO!!!	介護事業所	変更届出の場合、「変更後」の内	
事業所の所在地	〒 000 千葉県 00	-0000 D 市 00 1-1	容を記載してください。	

該当するサービスの種類に○を印してください。 【事業の種類】 方問介護 E期巡回•随時対応型訪問介護看護 **友間対応型訪問介護** 访問入浴介護 下護予防訪問入浴介護 訪問看護 介護予防訪問看護 地域密着型通所介護 介護予防訪問リハビリテーション 忍知症対応型通所介護 居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導 介護予防認知症対応型通所介護 通所介護 小規模多機能型居宅介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防短期入所生活介護 認知症対応型共同生活介護 短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 福祉用具貸与 介護予防福祉用具貸与 看護小規模多機能型居宅介護 特定介護予防福祉用具販売 地域密着型介護老人福祉施設 特定福祉用具販売 介護老人福祉施設 居宅介護支援 介護老人保健施設 介護予防支援 通所型サービス 介護療養型医療施設 介護予防ケアマネジメント

	開設者に 関する事項	旧	
変	法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名	新	
更	事業所に 関する事項	旧	○○訪問介護センター 千葉県○○市○○ 2 – 2
事	指定に係る事業所の 名称・所在地	新	○○訪問介護事業所 千葉県○○市○○1 – 1
	管理者に 関する事項		、
項	管理者の 氏名・生年月日・住所	新_	護保険の変更届出と同じ変更日付を記入してください。
	変 更 年 月	日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
委託	患者等の措置 **	犬 況	変更後も引き続き受け入れます。

- ※ この書類は、千葉県知事あてに直接提出してください。 ※ この書類は、変更があった日から10日以内に提出してください。 ※ 本届出には添付書類は不要です。 ※ 平成26年7月1日以降に開設した介護機関(みなし指定事業所)についても、届出が必要です。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 千 葉 県 知 事 様	開設者欄は届出日現在のものを記入してください。 「)】 事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)	
書類を提出する日を記入してください	〒 000-0000	
	(本式を並ののの) (代表者職氏名	
	代表取締役 00 00	
連絡先電話番号 Tell (OO - OOOO - OOOO) / 担当者氏名(OO OO)