

生活保護法指定介護機関 中国残留邦人等支援法指定介護機関 変更届書

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							
事業所の名称									
事業所の所在地	〒								

【事業の種類】 該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	訪問介護	○	介護予防	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	訪問入浴介護	○	介護予防訪問入浴介護	夜間対応型訪問介護
	訪問看護	○	介護予防訪問看護	地域密着型通所介護
	訪問リハビリテーション	○	介護予防訪問リハビリテーション	認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	○	介護予防	小規模多機能型居宅介護
	通所リハビリテーション	○	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
	短期入所生活介護	○	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
	特定福祉用具販売	○	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
	施設	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
介護医療院		○		

変 更 事 項	開設者に関する事項	旧	
	法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名	新	
		旧	
	事業所に関する事項	旧	
指定に係る事業所の名称・所在地	新		
	旧		
管理者に関する事項	旧		
	新		
管理者の氏名・生年月日・住所	新		
変 更 年 月 日			年 月 日
委託患者等の措置状況			

- ※ 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。

年 月 日
千葉県知事様

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

〒

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

代表者職氏名

(印)

法人の場合は
法人印

連絡先電話番号 TEL () / 担当者氏名 ()

【届出書の提出先】 〒260-8667 千葉県千葉市中央区市場町1-1 健康福祉指導課生活保護班 宛

記入例(変更の場合)

・届出書は介護保険事業者番号ごとに作成してください。

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	○	○	○	○	○	○	○	○
事業所の名称	○○訪問介護事業所									
事業所の所在地	〒○○○-○○○○ 千葉県○○市○○1-1									

変更届出の場合、「変更後」の内容を記載してください。

【事業の種類】 該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	介護予防	<input type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護		
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護		
	<input type="checkbox"/> 通所介護		<input type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション		<input type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護		<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護		<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護		
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護		<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与		<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護		
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売		<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設		
	施設		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/>	居宅介護支援	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス
			<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	介護予防支援	<input type="checkbox"/> 通所型サービス
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント		
<input type="checkbox"/> 介護医療院		<input type="checkbox"/>				

変	開設者に関する事項	旧	
		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
		新	○○訪問介護事業所 千葉県○○市○○1-1
事	（指定に係る事業所の 名称・所在地）	旧	
		新	
項	管理者に 関する事項	旧	
		新	介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 ○ 年 ○ 月 ○ 日
委託患者等の措置状況		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

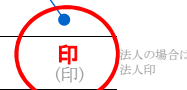
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
千葉県知事 様

書類を提出する日を記入してください。

開設者欄は届出日現在のものを記入してください。

- ・法人の場合の代表者印は、法人の登記に使用した法人印を押印してください。
- ・個人開設の医療機関や薬局は、開設者の住所と氏名を記入し、開設者個人の印鑑を押印します。

〒○○○-○○○○
千葉県○○市○○○
法人の名称(個人の場合は個人氏名)
株式会社○○○○
代表者職氏名
代表取締役 ○○ ○○



連絡先電話番号 TEL (○○ - ○○○○ - ○○○○) / 担当者氏名 (○○ ○○)