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			地域密着型サービス		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						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	介護予防・日常生活支援		訪問型サービス
		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（法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名）	旧	
		新	
	事業所に関する事項（指定に係る事業所の名称・所在地）	旧	
		新	
	管理者に関する事項（管理者の氏名・生年月日・住所）	旧	
		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

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）

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

・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	○	訪問介護	介護予防			地域密着型サービス		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						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	日常生活支援・介護予防	○	訪問型サービス
		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（法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名）	旧	
		新	
	事業所に関する事項（指定に係る事業所の名称・所在地）	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
	管理者に関する事項（管理者の氏名・生年月日・住所）	旧	
		新	
	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。

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。

※ 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。

書類を提出する日を記入してください。

【開設者（法人の場合は主たる事務所の所在地（個人の場合は自宅住所）
〒 ○○○－○○○○
千葉県○○市○○３－３
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（　○○　○○　）

【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