様式第１号

日付は必ずご記入ください。

介護サービス情報訂正依頼書

年　　月　　日

千葉県知事　様

依頼者　　事　業　所　名
代表者・職氏名
電　話　番　号
連絡先担当者名

介護保険法第１１５条の３５第１項の規定により報告をした介護サービス情報について、下記のとおり訂正するよう依頼します。

記

１　事業所番号

２　事業所所在地

３　介護サービスの種類

４　訂正理由
□ 代表者の変更
□ 利用料の変更
□ その他（　　）

報告対象外の年度に情報を修正される際に、報告システム内にて調査票を修正いただくとともに、この訂正依頼書の提出も必要になります。
ご記入いただいた本様式を、情報公表センター宛てに送付してください。

５　訂正箇所　（訂正箇所を別紙で添付してください。）

ご修正いただいた箇所がわかる調査票の画面を出力（印刷）していただき、別紙として添付してください。