

介護保険 事業所異動連絡票 (例)

(サービス情報)

平成 24年 5月 1日 (1頁)

| |
|-------|
| 都道府県名 |
| 〇〇県 |

| | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | X | X |
| サービス種類 | 1 | 1 | 指定番号 | 0 | 1 | | | | | |

| | |
|------|----------------|
| 異動区分 | 1:新規 2:変更 3:終了 |
|------|----------------|

| | | |
|----|---|---|
| 事由 | 0 | 1 |
|----|---|---|

| | | | | | |
|-------|----|---|---|---|---|
| 異動年月日 | 平成 | 1 | 8 | 4 | 1 |
|-------|----|---|---|---|---|

管理者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------|----|----|---|---|---|---|---|----|---|-----|---|-----|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏名 | シキョウシヤシロウ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業者次郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | マル | マル | ケン | シ | カ | ク | ク | ン | サン | カ | ク | マ | チ | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | |
| | 〇〇県 | | | | | | | | | | □□郡 | | △△町 | | 1-2-3 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---------|----|---|---|---|---|
| 事業開始年月日 | 平成 | 1 | 2 | 4 | 1 |
| 事業休止年月日 | 平成 | | | | |
| 事業廃止年月日 | 平成 | | | | |
| 事業再開年月日 | 平成 | | | | |

| | | | |
|-------------------|--|--|--|
| 介護支援専門員数 (専従常勤者) | | | |
| 介護支援専門員数 (専従非常勤者) | | | |
| 介護支援専門員数 (兼務常勤者) | | | |
| 介護支援専門員数 (兼務非常勤者) | | | |
| 訪問介護サービス提供責任者数 | | | |
| 訪問介護員数 (専従常勤者) | | | |
| 訪問介護員数 (専従非常勤者) | | | |
| 訪問介護員数 (兼務常勤者) | | | |
| 訪問介護員数 (兼務非常勤者) | | | |
| 訪問介護員数 (常勤換算後人数) | | | |
| 利用定員数 | | | |

事業所

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-------------|----|----|---|---|---|---|------|----|---|-----|---|-----|---|-------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 名称 | カイコフクシキョウシヨ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護福祉事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 電話番号 | | | | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | FAX番号 | | | | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| | マル | マル | ケン | シ | カ | ク | ク | ン | サン | カ | ク | マ | チ | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 〇〇県 | | | | | | | | | | □□郡 | | △△町 | | 1-2-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-----------|-----------|--|--|--|--|
| 指定有効開始年月日 | 平成 | | | | |
| 指定有効終了年月日 | 平成 | | | | |
| 指定更新申請中区分 | 1:なし 2:あり | | | | |
| 効力停止開始年月日 | 平成 | | | | |
| 効力停止終了年月日 | 平成 | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|-----------|--|--|--|--|
| 基準該当・地域密着型・ 介護予防・日常生活支援総合事業 | | | | | |
| 登録保険者番号 | | | | | |
| 受領委任 | 1:なし 2:あり | | | | |
| 登録開始年月日 | 平成 | | | | |
| 登録終了年月日 | 平成 | | | | |

| | | | |
|---------|-----------|------|--|
| 生活保護の指定 | 1:なし 2:あり | 地域区分 | |
|---------|-----------|------|--|