

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	123-4567									
	マルマルケンシカクシカククンサンカクサンカクマチ1-2-3									
	〇〇県 〇〇郡 〇〇町 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	123-4567 電話番号 12-3456-7890 FAX番号 12-3456-7890									
	マルマルケンシカクシカククンサンカクサンカクマチ1-2-3									
	〇〇県 〇〇郡 〇〇町 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	
---------	-----------	------	--