

様式第1号

介護サービス情報訂正依頼書

日付は必ずご記入
ください。

年 月 日

千葉県知事 様

個人印ではなく、必ず
事業所印を押印ください。

依頼者 事業所名
代表者・職氏名
電話番号
連絡先担当者名

印

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ご修正いただくとともに、この訂正依頼書の書面での提出も必要になります。ご記入・押印いただきました原本を当センターまでご郵送ください。

- 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印刷していただき、別紙として添付してください。

様式第3号

FAX番号 043-244-5201 (公表センター行き)

令和 年 月 日

千葉県介護サービス情報公表センター 様

休止・廃止された際、この連絡票を空欄の無いよう
ご記入いただき、FAXにてご提出いただくこと
により、公表中の情報を非公表処理させていただきます。

法人名 _____

代表者名 _____

介護サービス情報の公表に係る休止・廃止連絡票

当事業所は、廃止又は休止しており、千葉県・市町村に「廃止（休止）届出書」を届出済みであるため、「介護サービス情報の公表制度」の対象外であることを申し出ます。

介護保険事業所番号	
事業所の名称	
介護サービス種類	
休止・廃止の別	休止・廃止（○で囲む）
休止・廃止年月日	令和 年 月 日
千葉県・市町村への届出年月日	令和 年 月 日
電話番号	
担当者名	

※ 連絡票の内容をもとに、千葉県介護サービス情報公表センターから千葉県・市町村へ照会します。

I D 通知書再発行申請書

日付は必ずご記入
ください。

令和 年 月 日

千葉県介護サービス情報公表センター 様

申請者 法人名又は
事業所名

代表者・職氏名

電話番号

連絡先担当者

下記の事業所について、介護サービス情報報告システムへログインをする為
の I D 通知書の再発行を申請します。

1. 事業所番号
2. 事業所名称
3. 介護サービスの種類
4. 通知書送付方法

報告システムにログインしていただく際の I D とパスワード
がわからない場合、この再発行申請書を書面にてご提出
いただくことで、I D とパスワードを記載しております
「I D 通知書」を再発行させていただきます。
メールまたは F A X どちらかご選択いただき、メールアドレス
または F A X 番号を記載の上、どちらかの方法で当センタ
ーまでご提出ください。

メール	F A X
メールアドレス記入欄：	F A X 番号記入欄：

※ I D 通知書を受け取る方法について、メールまたは F A X のいずれかをご選択いただき、
メールアドレスまたは F A X 番号をご記入ください。

