様式第１号

**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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　訂正箇所　（訂正箇所を別紙で添付してください。）

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

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・市町村への届け出年月日 | 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。

様式第４号

ＩＤ通知書再発行申請書

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

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ＩＤ通知書の再発行を申請します。

記

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

|  |  |
| --- | --- |
| メール | ＦＡＸ |
| メールアドレス記入欄： | ＦＡＸ番号記入欄： |

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