

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

日付をご記入ください。

法人名

代表者名

押印不要です。

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	

休止・廃止された際、この連絡票をご記入の上、情報公表センター宛にご提出ください。公表中の情報を非公表処理します。

(郵送・メール・FAXいずれかの方法で、ご提出ください。)

様式第4号

I D 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

日付をご記入ください。

申請者 法人名又は
事業所名

押印不要です。

代表者・職氏名

電話番号

連絡先担当者

複数の事業所の情報修正をする際、
事業所番号が違う場合は、事業所番
号ごとに様式をご提出ください。

公表センターより申請内容の
確認させていただきたい場合
があります。ご対応いただけ
るご担当者のお名前を「連絡先担
当者」にご記入ください。

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。

記

1. 事業所番号

同一事業所番号で複数サービスの提供がある事業所は、「介護サービスの種類」に各サービス名を記載してください。その場合、様式の提出は1枚でも大丈夫です。

2. 事業所名称

3. 介護サービスの種類

申請いただいた事業所の I D 通知書を、メールまたは F A X
で返信します。ご希望の返信方法をご選択いただき、お受け
取り可能なメールアドレスまたは F A X 番号をご記入くださ
い。

4. 通知書送付方法

メール	F A X
メールアドレス記入欄：	F A X 番号記入欄：

1 から 4 の該当箇所につきましてご記入の上、情報公表センター宛にご提出ください。
(郵送・メール・F A X いずれかの方法で、ご提出ください。)

