

変更

-資料5

都道府県 国保連

介護保険 事業所異動連絡票 (例)
(基本情報)

平成 27年 5月 1日 (1頁)

都道府県名
県

事業所番号	1	2	3	4	5	0	0	0	X	X	異動区分	1:新規	2:変更	3:終了	事由	0	1	異動年月日	平成	27	年	4	月	1	日
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	------	------	------	----	---	---	-------	----	----	---	---	---	---	---

申請(開設)者

氏名	シキョウシヤシロウ											電話番号									
	事業者次郎											1234567890									
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123											FAX番号									
												1234567890									
	県 郡 町 1-2-3																				

代表者

氏名	シキョウシヤイチロウ											職名									
	事業者一郎											理事									
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123																				
	県 郡 町 1-2-3																				

法人種別	事業所区分	1:指定	2:基準該当	3:相当	4:その他	5:地域密着	6:混在型	7:混在型	8:総合事業(経過)	9:総合事業	市町村番号			
------	-------	------	--------	------	-------	--------	-------	-------	------------	--------	-------	--	--	--

- 127 -