

介護保険 事業所情報訂正連絡票 (例)

平成 年 月 日 (頁)

(サービス情報—加算要件)

都道府県名

事業所番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

事由	
----	--

異動年月日	平成		年		月		日
訂正年月日	平成		年		月		日

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等(複数選択可)			
11 訪問介護			特別地域加算	1. なし 2. あり		
12 訪問入浴介護			特別地域加算	1. なし 2. あり		
13 訪問看護	1. 訪問看護ステーション 2. 病院または診療所		特別地域加算	1. なし 2. あり	緊急時訪問看護体制	1. なし 2. あり
			特別管理体制	1. 対応不可 2. 対応可		
15 通所介護	1. 単独型 2. 併設型 3. 痴呆専用単独型 4. 痴呆専用併設型		機能訓練体制	1. なし 2. あり	食事提供体制	1. なし 2. あり
			入浴介助加算	1. なし 2. あり	特別入浴介助加算	1. なし 2. あり
			送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可		
			食事提供体制	1. なし 2. あり	入浴介助加算	1. なし 2. あり
16 通所リハビリテーション	1. 通常規模の医療機関 2. 小規模診療所 3. 介護老人保健施設		特別入浴介助加算	1. なし 2. あり		
			送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可		
			特別地域加算	1. なし 2. あり		
17 福祉用具貸与						
21 短期入所生活介護	1. 単独型 2. 併設型-空床型	1. I型 2. II型 3. III型 1. I型 2. II型 3. III型	機能訓練体制	1. なし 2. あり		
			夜勤勤務条件	1. 該当 2. 非該当	送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可
22 短期入所療養介護	1. 介護老人保健施設	1. I型 2. II型	リハビリテーション体制	1. なし 2. あり	痴呆専門棟	1. なし 2. あり
			送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可		
	2. 病院療養型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	基準省令附則	1. 基準 2. 基準省令附則第10条適用 3. 省令附則第8,9,11条適用 4. 省令附則第7条適用		
			医師の配置	1. 基準 2. 医療法施行規則附則第49条適用		
			看護職員等勤務条件基準	1. 基準型 2. 加算型① 3. 加算型② 4. 加算型③ 5. 加算型④ 6. 減算型		
			送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可		
3. 診療所療養型	1. I型 2. II型	平成10年省令	1. 基準 2. 基準省令附則第2,3条適用 3. 省令附則第5条適用			
		送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可			
4. 痴呆疾患型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可			
		送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可			
5. 基準適合診療所		送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可			
		看護職員等勤務条件基準	1. 基準型 2. 加算型① 3. 加算型② 4. 加算型③ 5. 加算型④ 6. 減算型			
6. 介護力強化型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	送迎体制	1. 対応不可 2. 対応可			
33 特定施設入所者生活介護			機能訓練体制	1. なし 2. あり		
43 居宅介護支援			特別地域加算	1. なし 2. あり		
51 介護老人福祉施設	1. 介護福祉施設 2. 小規模介護福祉施設	1. I型 2. II型 3. III型 1. I型 2. II型 3. III型	機能訓練体制	1. なし 2. あり	常勤専従医師配置	1. なし 2. あり
			精神科医師定期診療	1. なし 2. あり	夜勤勤務条件	1. 該当 2. 非該当
52 介護老人保健施設		1. I型 2. II型	リハビリテーション体制	1. なし 2. あり	痴呆専門棟	1. なし 2. あり
53 介護療養型医療施設	1. 療養型 2. 診療所型 4. 介護力強化型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型 1. I型 2. II型 1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	基準省令附則	1. 基準 2. 基準省令附則第10条適用 3. 省令附則第8,9,11条適用 4. 省令附則第7条適用		
			医師の配置	1. 基準 2. 医療法施行規則附則第49条適用		
			看護職員等勤務条件基準	1. 基準型 2. 加算型① 3. 加算型② 4. 加算型③ 5. 加算型④ 6. 減算型		
			基準省令附則	1. 基準 2. 基準省令附則第13,14条適用 3. 省令附則第12条適用		
4. 介護力強化型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	看護職員等勤務条件基準	1. 基準型 2. 加算型① 3. 加算型② 4. 加算型③ 5. 加算型④ 6. 減算型			
		食事管理の状況	1. 管理栄養士による管理 2. 栄養士による管理 3. 管理栄養士・栄養士の管理なし			
介護保険施設			特別食の提供	1. なし 2. あり		

介護保険 事業所情報更新結果 (イメージ)

平成 99年 99月 99日 (ZZZZ9頁)

(基 本 情 報)

都道府県名

事業所番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
-------	-----------------------

異動区分	9
訂正区分	9

事由	9 9
----	-----

異動年月日	平成	9 9	年	9 9	月	9 9	日
訂正年月日	平成	9 9	年	9 9	月	9 9	日

申請(開設)者

氏 名	X X																								電話番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9							
	N N														FAX番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9																	
住 所	9 9 9 - 9 9 9 9				X X																												
					X X																												
	N N																																
	N N																																

代表者

氏 名	X X																								職 名							
	N N														N N N N N N N N N N N																	
住 所	9 9 9 - 9 9 9 9				X X																											
					X X																											
	N N																															
	N N																															

法人種別	9 9	事業所区分	9	市町村番号	9 9 9	地域区分	9
------	-----	-------	---	-------	-------	------	---

介護保険 事業所情報更新結果 (イメージ)

平成 99年 99月 99日 (ZZZZ9頁)

(サービス情報)

都道府県名

事業所番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
サービス種類	9 9

異動区分	9
訂正区分	9

事由	9 9
----	-----

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日

管理者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																			
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN																			
住所	9999-9999																			
	XX																			
	XX																			
	NN																			
	NN																			

事業所

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																			
	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN																			
住所	9999-9999																			
	電話番号 9999999999999999 FAX番号 9999999999999999																			
	XX																			
	XX																			
	NN																			

事業開始年月日	平成	99	年	99	月	99	日
事業休止年月日	平成	99	年	99	月	99	日
事業廃止年月日	平成	99	年	99	月	99	日
事業再開年月日	平成	99	年	99	月	99	日
施設等の区分	9						
人員配置区分	9						
その他体制等	NNNNNNNNNNNN : 9						
	NNNNNNNNNNNN : 9						
	NNNNNNNNNNNN : 9						
	NNNNNNNNNNNN : 9						
生活保護の指定	9						
基準該当							
登録保険者番号	9	9	9	9	9	9	
受領委任	9						
サービス費比率							
登録開始年月日	平成	99	年	99	月	99	日
登録終了年月日	平成	99	年	99	月	99	日

介護保険 事業所台帳情報 (イメージ)

平成 99年 99月 99日 (ZZZZ9頁)

(基本情報)

都道府県名	

事業所番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

異動区分	9
------	---

事由	9	9
----	---	---

異動年月日	平成	99	年	99	月	99	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

訂正年月日	平成	99	年	99	月	99	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

申請(開設)者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																										電話番号	99999999999999							
	NN																										FAX番号	99999999999999							
住所	999-9999		XX																																
			XX																																
	NN																																		
	NN																																		

代表者

氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																										職名							
	NN																										NNNNNNNNNNNNNN							
住所	999-9999		XX																															
			XX																															
	NN																																	
	NN																																	

法人種別	9	9	事業所区分	9	市町村番号	9	9	9	地域区分	9
------	---	---	-------	---	-------	---	---	---	------	---

介護保険 事業所台帳情報（イメージ）
（サービス情報）

平成 99年 99月 99日 (ZZZZ9頁)

都道府県名

事業所番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
サービス種類	9 9

異動区分	9
------	---

事由	9 9
----	-----

異動年月日	平成 99年 99月 99日
訂正年月日	平成 99年 99月 99日

管理者

氏名	X X
	N N
住所	9 9 9 - 9 9 9 9
	X X
	X X
	N N
	N N

事業所

氏名	X X
	N N
住所	9 9 9 - 9 9 9 9 電話番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 FAX番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	X X
	X X
	N N
	N N

事業開始年月日	平成 99年 99月 99日
事業休止年月日	平成 99年 99月 99日
事業廃止年月日	平成 99年 99月 99日
事業再開年月日	平成 99年 99月 99日
施設等の区分	9
人員配置区分	9
その他体制等	NNNNNNNNNNNN:9 NNNNNNNNNNNN:9 NNNNNNNNNNNN:9 NNNNNNNNNNNN:9
生活保護の指定	9
基準該当	
登録保険者番号	9 9 9 9 9 9
受領委任	9
サービス費比率	
登録開始年月日	平成 99年 99月 99日
登録終了年月日	平成 99年 99月 99日

介護保険 事業所情報異動連絡票 (例)

平成 13年 5月 1日 (1頁)

(基本 情 報)

都道府県名
〇〇県

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	13	年	04	月	01	日
-------	----	----	---	----	---	----	---

申請(開設)者

氏 名	シキョウシャ	シロウ											電話番号	1	2	-	3	4	5	6	-	7	8	9	0									
	事業者	二 朗											FAX 番号	1	2	-	3	4	5	6	-	7	8	9	0									
住 所	1	2	3	-	4	5	6	7	〇	〇	ケン	□	□	ク	ン	△	△	マ	チ	1	-	2	-	3										
	〇	〇	県	□	□	郡	△	△	町	1	-	2	-	3																				

代表者

氏 名	シキョウシャ	イ子ロウ											職 名																					
	事業者	一 朗											理 事																					
住 所	1	2	3	-	4	5	6	7	〇	〇	ケン	□	□	ク	ン	△	△	マ	チ	1	-	2	-	3										
	〇	〇	県	□	□	郡	△	△	町	1	-	2	-	3																				

法人種別	0	1	事業所区分	1:指定	2:基準該当	3:相当	4:その他	市町村番号	1	2	3	地域区分	1
------	---	---	-------	------	--------	------	-------	-------	---	---	---	------	---

介護保険 事業所情報異動連絡票 (例)

(サービス情報)

平成 13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	5	通所介護							

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	3	年	0	4	月	0	1	日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

管理者

氏名	シキョウシャ シロウ										
	事業者 二郎										
住所	1	2	3	-	4	5	6	7			
	〇〇ケン 〇〇クン ΔΔマチ 1-2-3										
	〇〇県 〇〇郡 ΔΔ町 1-2-3										

事業開始年月日	平成	1	3	年	0	4	月	0	1	日
事業休止年月日	平成			年			月			日
事業廃止年月日	平成			年			月			日
事業再開年月日	平成			年			月			日

事業所

氏名	シキョウシャ シロウ									
	事業者 二郎									
住所	1	2	3	-	4	5	6	7	電話番号 1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0 FAX番号 1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0	
	〇〇ケン 〇〇クン ΔΔマチ 1-2-3									
	〇〇県 〇〇郡 ΔΔ町 1-2-3									

基準該当	
登録保険者番号	
受領委任	1:なし 2:あり
サービス費比率	
登録開始年月日	平成 年 月 日
登録終了年月日	平成 年 月 日

生活保護の指定	1:なし ②:あり
---------	-----------

介護保険 事業所情報異動連絡票 (例)

平成 13年 5月 1日 (1頁)

(サービス情報一加算要件)

都道府県名
〇〇県

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	1	3	年	0	4	月	0	1	日
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	----------------	----	---	---	-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等(複数選択可)			
11 訪問介護			特別地域加算	1. なし	2. あり	
12 訪問入浴介護			特別地域加算	1. なし	2. あり	
13 訪問看護	1. 訪問看護ステーション 2. 病院または診療所		特別地域加算	1. なし	2. あり	緊急時訪問看護体制 1. なし 2. あり
15 通所介護	① 単独型 2. 併設型 3. 痴呆専用単独型 4. 痴呆専用併設型		特別管理体制	1. 対応不可	2. 対応可	
			機能訓練体制	① なし	2. あり	食事提供体制 1. なし ② あり
			入浴介助加算	1. なし	② あり	特別入浴介助加算 1. なし ② あり
			送迎体制	1. 対応不可	② 対応可	
16 通所リハビリテーション	1. 通常規模の医療機関 2. 小規模診療所 3. 介護老人保健施設		食事提供体制	1. なし	2. あり	入浴介助加算 1. なし 2. あり
17 福祉用具貸与			特別入浴介助加算	1. なし	2. あり	
21 短期入所生活介護	1. 単独型	1. I型 2. II型 3. III型	送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可	
	2. 併設型・空床型	1. I型 2. II型 3. III型	特別地域加算	1. なし	2. あり	
22 短期入所療養介護	1. 介護老人保健施設	1. I型 2. II型	機能訓練体制	1. なし	2. あり	
	2. 病院療養型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	夜勤勤務条件	1. 該当	2. 非該当	送迎体制 1. 対応不可 2. 対応可
			リハビリテーション体制	1. なし	2. あり	痴呆専門棟 1. なし 2. あり
	3. 診療所療養型	1. I型 2. II型	送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可	
			基準省令附則	1. 基準	2. 基準省令附則第10条適用	3. 省令附則第8,9,11条適用
			医師の配置	1. 基準	2. 医療法施行規則附則第49条適用	
看護職員等勤務条件基準			1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型② 4. 加算型③ 5. 加算型④ 6. 減算型	
4. 痴呆疾患型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可		
5. 基準適合診療所		平成10年省令	1. 基準	2. 基準省令附則第2,3条適用	3. 省令附則第6条適用	
6. 介護力強化型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可		
看護職員等勤務条件基準	1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型② 4. 加算型③ 5. 加算型④ 6. 減算型			
送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可				
33 特定施設入所者生活介護			機能訓練体制	1. なし	2. あり	
41 居宅介護支援			特別地域加算	1. なし	2. あり	
51 介護老人福祉施設	1. 介護福祉施設	1. I型 2. II型 3. III型	機能訓練体制	1. なし	2. あり	常勤専従医師配置 1. なし 2. あり
	2. 小規模介護福祉施設	1. I型 2. II型 3. III型	精神科医師定期診療	1. なし	2. あり	夜勤勤務条件 1. 該当 2. 非該当
52 介護老人保健施設		1. I型 2. II型	リハビリテーション体制	1. なし	2. あり	痴呆専門棟 1. なし 2. あり
53 介護療養型医療施設	1. 療養型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	基準省令附則	1. 基準	2. 基準省令附則第10条適用	3. 省令附則第8,9,11条適用
			4. 省令附則第7条適用			
	2. 診療所型	1. I型 2. II型	医師の配置	1. 基準	2. 医療法施行規則附則第49条適用	
			看護職員等勤務条件基準	1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型② 4. 加算型③ 5. 加算型④ 6. 減算型
4. 介護力強化型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	基準省令附則	1. 基準	2. 基準省令附則第13,14条適用	3. 省令附則第12条適用	
		看護職員等勤務条件基準	1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型② 4. 加算型③ 5. 加算型④ 6. 減算型	
介護保険施設			食事管理の状況	1. 管理栄養士による管理	2. 栄養士による管理	3. 管理栄養士・栄養士の管理なし
			特別食の提供	1. なし	2. あり	

介護保険 事業所情報訂正連絡票 (例)

(基本 情 報)

平成 13年 6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
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

事由	
----	--

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	20	日

申請(開設)者

氏 名																電話番号											
																FAX番号	1	2	—	3	4	5	6	—	7	8	9
住 所																											

代表者

氏 名																職 名			
住 所																			

法人種別		事業所区分	1:指定	2:基準該当	3:相当	4:その他	市町村番号			地域区分	
------	--	-------	------	--------	------	-------	-------	--	--	------	--

介護保険 事業所情報訂正連絡票 (例)

平成 13年 6月 1日 (1頁)

(サービス情報)

都道府県名
〇〇県

事業所異動	1	2	3	4	5	0	0	0	X	X	
サービス種類	1	5	通所設等								

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

事由	
----	--

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	20	日

管理者

氏名	シキョウシャ ハナコ										
	事業者 花子										
住所	[Redacted]										
	[Redacted]										
	[Redacted]										
	[Redacted]										

事業開業年月日	平成		年		月		日
事業受止年月日	平成		年		月		日
事業廃止年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日

事業所

氏名	シキョウシャ ハナコ										
	事業者 花子										
住所	[Redacted]										
	[Redacted]										
	[Redacted]										
	[Redacted]										

基準該当							
登録保率者番号	[Redacted]						
受領委所	1:なし			2:あり			
サービス費比率	[Redacted]						
登録開業年月日	平成		年		月		日
登録終了年月日	平成		年		月		日

生活保等の指定	1:なし	2:あり
---------	------	------

介護保険 事業所情報訂正連絡票 (例)

平成 13年 6月 1日 (1頁)

(サービス情報—加算要件)

都道府県名
〇〇県

事業所番号	1	2	3	4	5	0	0	0	X	X
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

訂正区分	2:修正	3:削除
------	------	------

事由	
----	--

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成	13	年	05	月	20	日

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等(複数選択可)						
11 訪問介護			特別地域加算	1. なし	2. あり				
12 訪問入浴介護			特別地域加算	1. なし	2. あり				
13 訪問看護	1. 訪問看護ステーション 2. 病院または診療所		特別地域加算	1. なし	2. あり	緊急時訪問看護体制	1. なし	2. あり	
			特別管理体制	1. 対応不可	2. 対応可				
15 通所介護	1. 単独型 2. 併設型 3. 痴呆専用単独型 4. 痴呆専用併設型		機能訓練体制	1. なし	2. あり	食事提供体制	1. なし	2. あり	
			入浴介助加算	1. なし	2. あり	特別入浴介助加算	1. なし	2. あり	
			送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可				
			食事提供体制	1. なし	2. あり	入浴介助加算	1. なし	2. あり	
16 通所リハビリテーション	1. 通常規模の医療機関 2. 小規模診療所 3. 介護老人保健施設		特別入浴介助加算	1. なし	2. あり				
			送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可				
			特別地域加算	1. なし	2. あり				
17 福祉用具貸与			特別地域加算	1. なし	2. あり				
21 短期入所生活介護	1. 単独型	1. I型 2. II型 3. III型	機能訓練体制	1. なし	2. あり				
	2. 併設型・空床型	1. I型 2. II型 3. III型	夜勤勤務条件	1. 該当	2. 非該当	送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可	
22 短期入所療養介護	1. 介護老人保健施設	1. I型 2. II型	リハビリテーション体制	1. なし	2. あり	痴呆専門棟	1. なし	2. あり	
			送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可				
	2. 病院療養型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	基準省令附則	1. 基準	2. 基準省令附則第10条適用	3. 省令附則第8,9,11条適用	4. 省令附則第7条適用		
			医師の配置	1. 基準	2. 医療法施行規則附則第49条適用				
			看護職員等勤務条件基準	1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型②	4. 加算型③	5. 加算型④	6. 減算型
			送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可				
			平成10年省令	1. 基準	2. 基準省令附則第2,3条適用	3. 省令附則第6条適用			
			送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可				
3. 診療所療養型	1. I型 2. II型	送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可					
		送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可					
4. 痴呆疾患型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可					
		看護職員等勤務条件基準	1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型②	4. 加算型③	5. 加算型④	6. 減算型	
5. 基準適合診療所		送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可					
		送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可					
6. 介護力強化型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	看護職員等勤務条件基準	1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型②	4. 加算型③	5. 加算型④	6. 減算型	
		送迎体制	1. 対応不可	2. 対応可					
33 特定施設入所者生活介護			機能訓練体制	1. なし	2. あり				
43 居宅介護支援			特別地域加算	1. なし	2. あり				
51 介護老人福祉施設	1. 介護福祉施設 2. 小規模介護福祉施設	1. I型 2. II型 3. III型	機能訓練体制	1. なし	2. あり	常勤専従医師配置	1. なし	2. あり	
			精神科医師定期診療	1. なし	2. あり	夜勤勤務条件	1. 該当	2. 非該当	
52 介護老人保健施設		1. I型 2. II型	リハビリテーション体制	1. なし	2. あり	痴呆専門棟	1. なし	2. あり	
53 介護療養型医療施設	1. 療養型 2. 診療所型 4. 介護力強化型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	基準省令附則	1. 基準	2. 基準省令附則第10条適用	3. 省令附則第8,9,11条適用	4. 省令附則第7条適用		
			医師の配置	1. 基準	2. 医療法施行規則附則第49条適用				
			看護職員等勤務条件基準	1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型②	4. 加算型③	5. 加算型④	6. 減算型
			基準省令附則	1. 基準	2. 基準省令附則第13,14条適用	3. 省令附則第12条適用			
4. 介護力強化型	1. I型 2. II型 3. III型 4. IV型	看護職員等勤務条件基準	1. 基準型	2. 加算型①	3. 加算型②	4. 加算型③	5. 加算型④	6. 減算型	
		食事管理の状況	1. 管理栄養士による管理	2. 栄養士による管理	3. 管理栄養士・栄養士の管理なし				
介護保険施設			特別食の提供	1. なし	2. あり				

介護保険 事業所情報更新結果 (イメージ)

平成 13年 6月 1日 (1頁)

(基本 情 報)

都道府県名
〇〇県

事業所番号	1	2	3	4	5	0	0	0	X	X
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

異動区分	1
訂正区分	

事由	0	1
----	---	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

申請(開設)者

氏名	シキョウシャ シロウ										電話番号																		
	事業者 二郎										1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0																		
住所	1 2 3 - 4 5 6 7										〇〇ケン 〇〇クン ΔΔマチ 1 - 2 - 3										FAX番号								
	〇〇県 〇〇郡 ΔΔ町 1 - 2 - 3										1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0																		

代表者

氏名	シキョウシャ イチロウ										職 名																		
	事業者 一郎										理 事																		
住所	1 2 3 - 4 5 6 7										〇〇ケン 〇〇クン ΔΔマチ 1 - 2 - 3																		
	〇〇県 〇〇郡 ΔΔ町 1 - 2 - 3																												

法人種別	0	1	事業所区分	1	市町村番号	1	2	3	地域区分	1
------	---	---	-------	---	-------	---	---	---	------	---

介護保険 事業所情報更新結果 (イメージ)
(サービス情報)

平成 13年 6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 5 通所介護

異動区分	1
訂正区分	

事由	0 1
----	-----

異動年月日	平成 13年 04月 01日
訂正年月日	平成 年 月 日

管理者

氏名	シ キ ヨウシヤ シ ロウ												
	事業所 二 朗												
住所	1 2 3 - 4 5 6 7												
	〇 〇 ケン 〇 〇 ケ ン Δ Δ マ チ ア サ x x 1 - 2 - 3												
	〇 〇 県 〇 〇 郡 Δ Δ 町 字 x x 1 - 2 - 3												

事業所

氏名	シ キ ヨウシヤ シ ロウ												
	事業所 二 朗												
住所	1 2 3 - 4 5 6 7	電話番号	1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0	FAX番号	1 2 - 3 4 5 6 - 7 8 9 0								
	〇 〇 ケン 〇 〇 ケ ン Δ Δ マ チ ア サ x x 1 - 2 - 3												
	〇 〇 県 〇 〇 郡 Δ Δ 町 字 x x 1 - 2 - 3												

事業開始年月日	平成 13年 04月 01日
事業休止年月日	平成 年 月 日
事業廃止年月日	平成 年 月 日
事業再開年月日	平成 年 月 日
施設等の区分	1
人員配置区分	1
その他体制等	機能訓練体制:1 食事提供体制:2 入浴介助加算:2 特別入浴介助加算:2 送迎体制:2
生活保護の指定	2
基準該当	
登録保険者番号	
受領委任	
サービス費比率	
登録開始年月日	平成 年 月 日
登録終了年月日	平成 年 月 日

介護保険 事業所台帳情報（イメージ）

平成 13年 6月 1日 (1頁)

（基本情報）

都道府県名
〇〇県

事業所番号	1	2	3	4	5	0	0	0	X	X
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

異動区分	1
------	---

事由	0	1
----	---	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

申請(開設)者

氏名	シキョウシヤ シロウ										電話番号 12-3456-7890									
	事業者 ニ 朗										FAX番号 12-3456-7890									
住所	123-4567							〇〇ケン□□クン△△マチ1-2-3												
	〇〇県□□郡△△町							1-2-3												

代表者

氏名	シキョウシヤ イテロウ										職名									
	事業者 一 朗										理事									
住所	123-4567							〇〇ケン□□クン△△マチ1-2-3												
	〇〇県□□郡△△町							1-2-3												

法人種別	0	1	事業所区分	1	市町村番号	1	2	3	地域区分	1
------	---	---	-------	---	-------	---	---	---	------	---

介護保険 事業所台帳情報 (イメージ)

(サービス情報)

平成 13年 6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	5	通所介護							

異動区分	1
------	---

事由	0	1
----	---	---

異動年月日	平成	13	年	04	月	01	日
訂正年月日	平成		年		月		日

管理者

氏名	シキョウシヤ シロウ																						
	事業者 二郎																						
住所	1	2	3	4	5	6	7																
	〇	〇	ケン	〇	〇	ク	ン	△	△	マ	チ	ア	サ	×	×	1	-	2	-	3			
	〇	〇	県	〇	〇	都	△	△	町	字	×	×	1	-	2	-	3						

事業所

氏名	シキョウシヤ シロウ																													
	事業者 二郎																													
住所	1	2	3	4	5	6	7	電話番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	FAX番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
	〇	〇	ケン	〇	〇	ク	ン	△	△	マ	チ	ア	サ	×	×	1	-	2	-	3										
	〇	〇	県	〇	〇	都	△	△	町	字	×	×	1	-	2	-	3													

事業開始年月日	平成	13	年	04	月	01	日
事業休止年月日	平成		年		月		日
事業廃止年月日	平成		年		月		日
事業再開年月日	平成		年		月		日
施設等の区分	1						
人員配置区分	1						
その他体制等	機能訓練体制: 食事提供体制:2 入浴介助加算:2 特別入浴介助加算:2 送迎体制:2						
生活保護の指定	2						
基準該当							
登録保険者番号							
受領委任							
サービス費比率							
登録開始年月日	平成		年		月		日
登録終了年月日	平成		年		月		日