

変更

IV-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

〇〇県

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

異動区分	<input checked="" type="radio"/> 新規	<input type="radio"/> 2:変更	<input type="radio"/> 3:終了
------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------------

事由	0	1
----	---	---

異動年月日	平成	2	7	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										12-3456-7890									
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1-2-3										FAX番号									
											12-3456-7890									
	〇〇県 □□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1-2-3																			
	〇〇県 □□郡 △△町 1-2-3																			

法人種別		事業所区分	<input checked="" type="radio"/> 1:指定	<input type="radio"/> 2:基準該当	<input type="radio"/> 3:相当	<input type="radio"/> 4:その他	<input type="radio"/> 5:地域密着	<input type="radio"/> 6:混在型I	<input type="radio"/> 7:混在型II	<input type="radio"/> 8:総合事業(経過)	<input type="radio"/> 9:総合事業	市町村番号		
------	--	-------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------------------------	-------	--	--

106