

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	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		1	2	—	3	4	5	6	—	7	8	9	0													
	事業者 次郎										FAX番号		1	2	—	3	4	5	6	—	7	8	9	0													
住所	1	2	3	—	4	5	6	7	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																							

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	1	2	3	—	4	5	6	7	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	1:指定	2:基準該当	3:相当	4:その他	5:地域密着	6:混在型Ⅰ	7:混在型Ⅱ	8:総合事業(経過)	9:総合事業	市町村番号			
------	--	-------	------	--------	------	-------	--------	--------	--------	------------	--------	-------	--	--	--