

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									
	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									
	〇〇県 〇〇郡 △△町 1-2-3										12-3456-7890									

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 〇〇郡 △△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			
------	--	-------	------	--------	------	-------	--------	--------	---------	------------	--------	-------	--	--	--

— 138 —