

## 生活保護法指定介護機関名称・所在地変更届書

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自  
 介護機関について次のとおり変更しましたので届け出ます。

生活保護法による指定を受け  
 た事業所又は施設（介護保険  
 事業所番号）ごとに記載して  
 ください。

フリガナ			
事業所名称	・「事業所名称」欄は、略称等を用いることなく、介護保険法による指定又は開 設許可を受けた正式な名称を記載してください。		
事業所所在地			
連絡先	電話番号	FAX番号	
医療機関コード	介護保険事業所番号		1 4
変更事項	項目	<input type="checkbox"/> 事業所の名称	<input type="checkbox"/> 事業所の所在地
		<input type="checkbox"/> 法人の名称(開設者)	<input type="checkbox"/> 法人の所在地(開設者の住所)
		<input type="checkbox"/> 利用料金	
	新	横浜市中央区尾上町1-8 あゆむ訪問介護	
	変更事項の該当項目に「✓」をいれたうえ て、詳細を旧及び新に記載してください。		
旧	横浜市中央区港町1-1 みずほ訪問介護		

・「医療機関コード」欄には、  
 医療機関、保険薬局、又は訪問  
 看護ステーションとして医療機関  
 コード等が付番されている場合  
 には、そのコードを記載してくだ  
 さい。  
 ・「介護保険事業所番号」  
 欄には、介護保険法により付番  
 された番号を記載してください。

施設または実施する事業の種類		変更年月日	施設または実施する事業の種類		変更年月日
介護給付	<input type="checkbox"/> 訪問介護		予防給付	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護			<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション	
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	
	<input type="checkbox"/> 通所介護			<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護(※)	
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与	
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 介護予防特定施設入居者生活介護(※)	
	<input type="checkbox"/> 短期入所者療養介護(介護医療院)			<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具販売	
	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(※)			<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護	
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護	
	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売			<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護(※)	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援			<input type="checkbox"/> 介護予防支援	
	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護			<input type="checkbox"/> 訪問型サービス	
	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護			<input type="checkbox"/> 通所型サービス	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護			<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス	
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護			<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(※)				
	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護(※)				
	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				
	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護				
	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護				

・施設または実施する事業の種類欄より、今回届け出る全ての事業等  
 に✓を記載してください。  
 ・変更年月日欄は、介護保険法に届け出た変更年月日を記載してくだ  
 さい。

(※)のついているサービスは、事業所の設定する利用料金に変更があれば、変更内容が記載された書類の写しを添付してください。

(届出日) \_\_\_\_\_ (開設者※) 主たる事務所の所在地(開設者の住所) □  
 年 月 日

(届出先) 横浜市長

日付は、書類の提出日を  
 記載してください。

この事務所の所  
 長、代表者の職名  
 を月日を記載。法  
 人以外に開設者の住所、氏名、  
 生年月日を記載。

法人名称

介護保険法や厚生局に届け出をした開設者の  
 住所、名称、代表職種及び開設者氏名、生年月  
 日を記載してください。

代表者職名及び氏名(開設者氏名)

代表者生年月日(開設者生年月日)

昭・平 \_\_\_\_\_ 年 月 日