【様式３】

介護サービス情報（基本情報）の変更に関する申出書

令和　　年　　月　　日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長　様

事業者(法人)名称

事業所名称

事業所所在地

代表者氏名

　令和　　年　　月　　日に報告した介護サービス情報（基本情報）について、下記のとおり変更することを申し出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種類 |  | 担当者氏名  （連絡先）  （ﾌｧｸｼﾐﾘ）  （ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ） | （　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　） |
| 所在地 |  | | | |
| 変更年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 変更内容 | 変更前 | 変更後 | | |
|  |  | ※変更を行う箇所をシステムから印刷した帳票に書き込み、添付してもよい。 | |

※運営情報は、記載誤りの場合等を除き、原則として変更できません。

※基本情報のうち、法人、事業所の名称や代表者（管理者）氏名、住所等の基本的な情報、又は介護サービスを提供するにあたっての重要事項（利用料等）に関する事項のみです。なお、「記入日前月から直近１年間の状況」等、記入時期が特定されている項目は訂正できません。