長野市役所介護保険課給付担当　行（送付文不要）

ＦＡＸ番号：０２６－２２４－８６９４

Eメール： kaigo@city.nagano.lg.jp

**介護保険事業所一覧記載事項変更票**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所名称** |  | | | | | |
| **担当者名** |  | | | | | |
| **サービス**  **種類**  該当するものに○をお願いします。 |  | 居宅介護支援 |  | 訪問介護 |  | 訪問看護 |
|  | 訪問入浴介護 |  | 訪問リハビリテーション |  | 訪問型基準緩和サービス |
|  | 通所介護 |  | 通所リハビリテーション |  | 通所型基準緩和サービス |
|  | 短期入所療養介護 |  | 短期入所生活介護 |  | 特定施設入居者生活介護 |
|  | 福祉用具貸与 |  | 特定福祉用具販売 |  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
|  | 地域密着型通所介護 |  | 認知症対応型通所介護 |  | 小規模多機能型居宅介護 |
|  | 看護小規模多機能型居宅介護 |  | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |  | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
|  | 認知症対応型共同生活介護 |  | 介護老人福祉施設 |  | 介護老人保健施設 |
|  | 介護医療院 |  |  |  | |
| **事業所一覧**  **変更箇所**  該当するもの全てに○をお願いします。 |  | 事業所名 |  | 所在地 |  | 介護予防サービスの有無 |
|  | （総合事業）介護予防相当サービスの有無 |  | 通院等乗降介助の有無  （訪問介護のみ） |  | 電話番号 |
|  | ＦＡＸ番号 |  | 定員 |  | 経営主体 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **変更前** |  | | | | | |
| **変更後** |  | | | | | |
| **変更日** | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |

**【注意事項】**

※複数のサービス種類で変更がある場合は、サービス種類ごとに作成をお願いします。

※介護予防サービスの有無については、届け出ている内容でお答えください。

（指定は受けているが、サービス提供はしていない場合であっても「○(有)」になります）