

(様式第1号)

公表制度に関する連絡票

※ 下記に該当する場合は、本連絡票を必ず送信ください。(いずれも該当なしの場合は提出不要)

※ 原案通知の変更は、平成21年8月5日までに提出ください。

1 調査対象外の申出

平成20年1月1日から12月31日において、介護報酬の支払いを受けた実績が(自己負担額を含む)が、100万円以下の事業所の場合。

本票(FAX送信)と様式第2号により申し出ください。(調査事業所は、国保連より情報提供いただいております)

事業所名	サービス
------	------

※様式第2号は郵送ください。

2 調査機関及び月変更の申出(確定通知送付後の月変更・調査機関変更は原則認められません。)

(1) 指定調査機関の変更を希望する場合(確定通知後は変更不可)

原案通知調査機関	希望調査機関
変更理由	

(2) 月変更を希望する場合(確定通知後は変更不可)

原案通知月	希望月
変更理由	

(3) 複数のサービスを提供している事業所のうち、①同月に複数のサービスが振り分けられているために、調査月を変更したい場合。②複数事業所をまとめて同月に調査を実施したい場合。(確定通知後は変更不可)

調査月	調査機関	サービス	事業所名	希望月	事由(該当する理由の数字を丸で囲んでください)
					(① ・ ②)
					(① ・ ②)
					(① ・ ②)

3 休廃止の申出 (県に届出未提出の場合本票提出後、休廃止申出書(様式第3号)を郵送で提出ください)

事業所廃止年月日	年 月 日	(秋田県への提出日 年 月 日)
事業所休止年月日	年 月 日 から 年 月 日	(秋田県への提出日 年 月 日)

※休止していた事業所を再開した場合は、公表センターまでご連絡ください

4 法人等変更の申出

通知された事業所の法人、事業所名称が変更になっている場合
(法人の変更により、新規指定を受けた場合を含む)

法人名変更前	法人名変更後
事業所名変更前	事業所名変更後

5 その他の申出

(原案通知を含め、質問等がありましたら記載ください)

平成21年 月 日

(以下は必ず記入ください)

サービス種別	事業所名		
担当・記入者	(役職名)	(氏名)	
連絡先	電話番号	FAX番号	
メールアドレス	連絡内容	((例)2-(1)等番号を記入)	
様式第2号、様式第3号を郵送で提出の場合、該当項目を○で囲んで下さい		添付(様式第2号 ・ 様式第3号)を郵送	
調査計画	調査月	調査機関	
	原案通知の変更の場合は、原案に記載されている調査月および調査機関を記載ください		