

記入例(変更の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

変更
廃止
休止
再開

届書

捺印

・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

事項を○で囲んでください。

当 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立の支援に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3	7	1	0	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター									
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1									

変更届出の場合、「変更後」の内容を記載してください。

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 通所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"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	施設	<input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input type="checkbox"/> 介護予防支援
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 通所型サービス
<input type="checkbox"/> 介護医療院		<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
<input type="checkbox"/> 介護医療院		<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。
・事業所番号が異なる場合は、事業所番号ごとに届出書を作成してください。

変更事項	開設者に関する事項 (法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	旧	
		新	
	事業所に関する事項 (名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	旧	とうきょう介護センター 東京都新宿区西新宿1-2-3
		新	とうきょうホームヘルプ支援センター 東京都新宿区北新宿1-1-1
	変更年月日		令和〇年5月1日
事項 休止	休止・廃止年月日		年 月 日
		介護保険の変更届出と同じ変更日付を記入してください。	
再開事項	再開年月日		年 月 日
	休止	・法人の場合の代表者印は、法人の登記に使用した法人印(丸印)を押印してください。 ・個人開設の医療機関や薬局は、開設者の住所と氏名を記入し、開設者個人の印鑑を押印します。 ・欄外の印と捺印は同じ印鑑を使用してください。	

令和〇年5月3日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

〒160-0000
東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称

株式会社

代表者職氏名

代表取締役

開設者欄は届出日現在のものを記入してください。

印
(印)

法人の場合は法人代表者印(丸印)

書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

連絡先電話番号 TEL (03 - 2121 - 1515) / 担当者氏名 (東京 花子)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※

変
更
止
開
休
止
閉

届書

印

・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

※ 該当事項を○で囲んでください。
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に対する生活保護法に基づく生活保護の提供等に関する法律(平成27年法律第109号)に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3	7	1	0	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター									
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 通所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"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 介護予防支援	<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 介護医療院			<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス
			<input type="checkbox"/> 通所型サービス
			<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
			<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。
・事業所番号が異なる場合は、事業所番号ごとに届出書を作成してください。

介護保険の廃止届出と同じ変更日付を記入してください。

・法人の場合の代表者印は、法人の登記に使用した法人印(丸印)を押印してください。
・個人開設の医療機関や薬局は、開設者の住所と氏名を記入し、開設者個人の印鑑を押印します。
・欄外の印と捨印は同じ印鑑を使用してください。

令和〇年4月3日
東京都知事 殿

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

〒160-0000
東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎

印

法人の場合は法人代表者印(丸印)

連絡先電話番号 TEL (03 - 2121 - 1515) / 担当者氏名 (東京 花子)

【届出書の提出先】 〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都福祉保健局生活福祉部保護課介護担当 宛

書類を提出する日を記入してください。

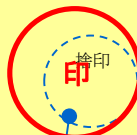
届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

記入例(休止の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変更) (廃止) (再開) (休止) (再開) ※該当事項を○で囲んでください。

届書



・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

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に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: 介護保険事業者番号 (1371000009), 事業所の名称 (とうきょうホームヘルプ支援センター), 事業所の所在地 (〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1)

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

Large table with 3 columns of service categories and checkboxes. Includes categories like 居宅介護, 施設, and 介護予防. A callout box points to the '介護予防' column with the text: '・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。'

Table for '変更事項' (Change Items) and '再開事項' (Restart Items). Includes fields for '変更年月日' (Change Date) and '休止理由' (Reason for Suspension) with the example: '職員の確保が難しくなったため。'

令和〇年4月3日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

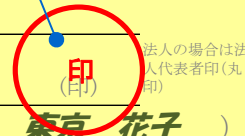
〒160-0000 東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎



書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

連絡先電話番号 TEL (03 - 2121 - 1515) / 担当者氏名 (東京 花子)

記入例(再開の場合)

生活保護法指定介護機関
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※

変 更
廃 止
休 止
再 開

届書

印

・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

※該当事項を○で囲んでください。

当介、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の円滑な帰国に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3	7	1	0	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター									
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 介護予防通所介護	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 通所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"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護予防支援
<input type="checkbox"/> 介護医療院			<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護
			<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス
			<input type="checkbox"/> 通所型サービス
			<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
			<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。

変更事項	開設者に関する事項	旧	
	(法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	新	
	事業所に関する事項	旧	
	(名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	新	
事項	・廃止	理由	
	再開事項	再開年月日	令和〇年5月1日
		休止年月日	令和〇年3月31日
		理由	職員の確保が出来たため、再開する。

・法人の場合の代表者印は、法人の登記に使用した法人印(丸印)を押印してください。
・個人開設の医療機関や薬局は、開設者の住所と氏名を記入し、開設者個人の印鑑を押印します。
・欄外の印と捨印は同じ印鑑を使用してください。

令和〇年5月2日
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

〒160-0000
東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎

印

法人の場合は法人代表者印(丸印)

書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

連絡先電話番号 TEL (03 - 2121 - 1515) / 担当者氏名(東京 花子)