

# 要介護・要支援認定調査業務委託契約に係る報告書

提出日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

越谷市長 宛

事業者 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名）

以下のとおり、要介護・要支援認定調査業務委託契約の変更について、報告します。

| 変更事項<br>(該当する項目に✓を入れる)                                  | 変更内容  |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> 事業者（法人）の名称                     | (変更前) |
| <input type="checkbox"/> 事業者（法人）の主たる事務所の所在地             |       |
| <input type="checkbox"/> 事業者（法人）の代表者                    |       |
| <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定調査を行う指定居宅<br>介護支援事業所等 | (変更後) |
| <input type="checkbox"/> その他                            |       |
| 変更年月日   | 年 月 日 |

## 留意事項

- 調査従事者が変更になる場合は、この様式ではなく「認定調査従事者変更報告書」を提出してください。
- 要介護・要支援認定調査を行う指定居宅介護支援事業所等の追加の場合は、次ページに追加となる事業所の情報をご記載ください。  
また、併せて「越谷市認定調査 従事者名簿」をご提出ください。

○要介護・要支援認定調査を行う指定居宅介護支援事業所・介護保険施設等（追加）

|                |       |  |  |                                   |
|----------------|-------|--|--|-----------------------------------|
| 1              | 事業所名  |  |  |                                   |
|                | 事業所番号 |  | 電話番号   |                                   |
|                | 所在地   | 〒  |  |                                   |
|                | 種別    | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| (該当する項目に✓を入れる) |       |  |  |                                   |
| 2              | 事業所名  |  |  |                                   |
|                | 事業所番号 |  | 電話番号   |                                   |
|                | 所在地   | 〒  |  |                                   |
|                | 種別    | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| (該当する項目に✓を入れる) |       |  |  |                                   |
| 3              | 事業所名  |  |  |                                   |
|                | 事業所番号 |  | 電話番号   |                                   |
|                | 所在地   | 〒  |  |                                   |
|                | 種別    | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| (該当する項目に✓を入れる) |       |  |  |                                   |
| 4              | 事業所名  |  |  |                                   |
|                | 事業所番号 |  | 電話番号   |                                   |
|                | 所在地   | 〒  |  |                                   |
|                | 種別    | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| (該当する項目に✓を入れる) |       |  |  |                                   |
| 5              | 事業所名  |  |  |                                   |
|                | 事業所番号 |  | 電話番号   |                                   |
|                | 所在地   | 〒  |  |                                   |
|                | 種別    | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| (該当する項目に✓を入れる) |       |  |  |                                   |
| 6              | 事業所名  |  |  |                                   |
|                | 事業所番号 |  | 電話番号   |                                   |
|                | 所在地   | 〒  |  |                                   |
|                | 種別    | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| (該当する項目に✓を入れる) |       |  |  |                                   |
| 7              | 事業所名  |  |  |                                   |
|                | 事業所番号 |  | 電話番号   |                                   |
|                | 所在地   | 〒  |  |                                   |
|                | 種別    | <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護医療院 | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br><input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 |
| (該当する項目に✓を入れる) |       |  |  |                                   |

※色のついた部分について、記載又はチェック✓を入れてください。

※記入欄が不足するときは、コピーして記入してください。