

# 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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、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 (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	(変更後)
<input type="checkbox"/> 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	
<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 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <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。