別紙様式

**特定処遇改善加算にかかわる情報修正依頼**

年　　　月　　　日

千葉県介護サービス情報公表センター　行

　特定処遇改善加算にかかわる公表システムを利用した報告を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号　： |  |
| 事業所名　： |  |
| 介護サービス種類　： |  |
| 担当者氏名　： |  |
| 電話番号　： |  |
| 備考　： |  |

注意：様式の提出は事業所番号ごとにお願いいたします。なお、同一事業所番号で複数サービスの提供がある際は、サービスを書き分けていただければ様式は１枚で大丈夫です。

様式第１号

介護サービス情報訂正依頼書

　　年　　月　　日

千葉県知事　様

依頼者　事業所名

　　　　代表者・職氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　電話番号

　　　　連絡先担当者名

　介護保険法第１１５条の３５第１項の規定により報告をした介護サービス情報について、下記のとおり訂正するよう依頼します。

記

１　事業所番号

２　事業所所在地

３　介護サービスの種類

４　訂正理由

　　□ 代表者の変更

　　□ 利用料の変更

　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　訂正箇所　（訂正箇所を別紙で添付してください。）