様式１

　　年　　月　　日

介護サービス情報の公表に係る報告書

　長　野　県　知　事

　　　阿　部　守　一　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　）

　介護保険法第115条の35第１項に基づく介護サービス情報について、下記の事業所又は施設について、報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | （事業所番号：　　　　　　　　　　　　） |
| サービス種別 |  |
| 指定希望日 | 年　　月　　日 |
| 事業所の所在地 | 〒　　－ |
| 管理者名 |  |
| 報告する項目 | 基本情報　　　　運営情報 |

提出上の留意事項

※１　新規指定の場合は、事業所番号は未記入となります。

※２　報告する項目について、該当する調査票を本報告書（鑑）に添付してください。

※３　新規指定の場合、基本情報の提出のみとなります。新規の指定申請書と一緒に事業所が所在する保健福祉事務所に２部提出してください。

※４　新規指定の場合は、指定前に報告内容の確認を事業所内で受けていただく必　要があります。（原則、指定時の現地確認の際に、同時に行います。）地域密着型サービス事業者にあっては、県が本調査を行います。

※５　当該報告をせず、虚偽の報告をし、又は調査を受けなかった場合等で、県の指導等をしてもこれに従わなかった場合、取り消し又は効力の停止等がなされる場合があります。（介護保険法第115条の35第６項及び第７項）