別記様式第2号

被爆者介護保険サービス利用助成特定事業者登録事項変更届出書

令和　　年　　月　　日届出

広 島 県 知 事 様

事業者(法人)の所在地

事業者(法人)の名称

代表者(職・氏名)

広島県特定事業者登録要項第6に基づき，被爆者介護保険サービス利用助成に係る登録事項変更届出書を提出します。
また，同一事業を実施する広島市に対し，当該届の写しを提供することに同意します。

変更のあった事項		変　更　内　容	
法人	□ 名称 □ 代表者(職・氏名) □ 所在地	旧	
		新	
事業所	□名称 □代表者(職・氏名) □所在地	変更のあった事業所の名称	
		旧	
		新	
□ 事業所の追加 □ 事業所の廃止	事業所の所在地 事業所(施設)の名称 事業所(施設)の代表者(職・氏名) 介護保険指定事業所番号		
□その他			

利用助成対象サービス(※実施されるサービスに○印をつけてください。)

訪問介護	介護予防訪問介護	通所介護	介護予防通所介護	短期入所生活介護	介護予防短期入所生活介護	認知症対応型通所介護	介護予防認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	介護予防小規模多機能型居宅介護	介護老人福祉施設入所	地域密着型介護老人福祉施設入所	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	認知症対応型共同生活介護	介護予防認知症対応型共同生活介護	地域密着型通所介護	訪問型サービス（みなし／独自）	通所型サービス（みなし／独自）

変更日　令和　　月　　日