記　載　例

令和　8　年　11　月　5　日

旭川市 福祉安心部 指導監査課（介護担当） 宛

電話番号・FAX番号・メールアドレス変更届

法人名(会社名)	株式会社　〇〇			
介護保険事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0			
事業所名	訪問介護事業所〇〇			
サービス種類	訪問介護・指定相当訪問型サービス			
担当者	氏名	〇〇　〇〇	電話番号	0166-〇〇-〇〇〇〇

変更が生じた年月日	令和　8　年　11　月　1　日

変更があった事項	変更後の内容
☑ 法人(会社)の電話番号	0166-〇〇-〇〇〇〇
☐ 法人(会社)のFAX番号	
☐ 事業所の電話番号	
☐ 事業所のFAX番号	
☑ 事業所のメールアドレス	abc-def_ghij@klm.ne.jp

《提出時の留意点》

1. 届出は、変更が生じてから10日以内を目安に提出してください。遅延理由書は不要です。
2. 変更が生じる前は、届出を受理できません。
3. 届出は、事業所ごとに提出してください。
4. 介護予防や総合事業の指定も受けている場合は、サービス種類欄に併記してください。
5. 変更があった事項の☐に✓してください。（複数選択可）
6. メールアドレスは、大文字、小文字、数字、記号の誤りがないようにしてください。