

生活保護法指定介護機関  
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ 変 更 止 再  
廃 止 開  
休 再  
再 開

届 書



※該当事項を○で囲んでください。

当介護機関は介護保険法の指定又は許可を受けており、生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3								
事業所の名称										
事業所の所在地	〒									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input type="checkbox"/>	訪問介護	<input checked="" type="checkbox"/>	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/>	訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/>	訪問看護	<input type="checkbox"/>	地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/>	訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/>	通所介護	<input checked="" type="checkbox"/>	小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	通所リハビリテーション	<input checked="" type="checkbox"/>	介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	特定施設入居者生活介護	<input type="checkbox"/>	地域密着型特定施設入居者生活介護
	<input type="checkbox"/>	福祉用具貸与	<input type="checkbox"/>	看護小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/>	特定福祉用具販売	<input type="checkbox"/>	訪問型サービス
施設	<input type="checkbox"/>	介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	通所型サービス
	<input type="checkbox"/>	介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	その他の生活支援サービス
	<input type="checkbox"/>	介護医療院	<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント

変 更 事 項	開設者に関する事項 (法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	旧		
		新		
	事業所に関する事項 (名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	旧		
		新		
変更年月日		年	月	日
事 項 ・ 休 止	休止・廃止年月日	年	月	日
	理由			
再 開 事 項	再開年月日	年	月	日
	休止年月日	年	月	日
	理由			

※ 本届出には添付書類は不要です。

年 月 日  
東 京 都 知 事 殿

【届出者(開設者)】  
法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)  
〒

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

代表者職氏名

法人の場合は法人代表者印(丸印)

(印)

連絡先電話番号 TEL (                      ) / 担当者氏名 (                      )

記入例(変更の場合)

生活保護法指定介護機関  
中国残留邦人等支援法指定介護機関

変更  
廃止  
休止  
再開

届書

捺印

・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

事項を○で囲んでください。

当 邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3	7	1	0	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター									
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1									

変更届出の場合、「変更後」の内容を記載してください。

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所型サービス
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。  
・事業所番号が異なる場合は、事業所番号ごとに届出書を作成してください。

変更事項	開設者に関する事項 (法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	旧	
		新	
	事業所に関する事項 (名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	旧	とうきょう介護センター 東京都新宿区西新宿1-2-3
		新	とうきょうホームヘルプ支援センター 東京都新宿区北新宿1-1-1
	変更年月日		令和〇年4月1日
休止・廃止事項	休止・廃止年月日		年 月 日
			介護保険の変更届出と同じ変更日付を記入してください。
再開事項	再開年月日		年 月 日
	休止		・法人の場合の代表者印は、法人の登記に使用した法人印(丸印)を押印してください。 ・個人開設の医療機関や薬局は、開設者の住所と氏名を記入し、開設者個人の印鑑を押印します。 ・欄外の印と捨印は同じ印鑑を使用してください。

令和〇年4月3日  
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

〒160-0000  
東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称

株式会社

代表者職氏名

代表取締役

開設者欄は届出日現在のものを記入してください。

印  
(印)

法人の場合は法人代表者印(丸印)

連絡先電話番号 TEL ( 03 - 2121 - 1515 ) / 担当者氏名 ( 東京 花子 )

生活保護法指定介護機関  
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※

変  
更  
止  
開  
休  
止  
閉

届書

印

・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

※ 該当事項を○で囲んでください。  
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国希望者等の円滑な帰国を支援するため、次のとおり届け出ます。

介護保険事業者番号	1	3	7	1	0	0	0	0	0	9
事業所の名称	とうきょうホームヘルプ支援センター									
事業所の所在地	〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1									

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護
施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型サービス
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通所型サービス
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス
	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。  
・事業所番号が異なる場合は、事業所番号ごとに届出書を作成してください。

変更事項	開設者に関する事項 (法人名称・主たる事務所の所在地・代表者職氏名)	旧	
		新	
	事業所に関する事項 (名称・所在地・管理者の氏名・生年月日・住所)	旧	
	変更年月日		年 月 日
休止・廃止事項	休止・廃止年月日		令和 〇 年 3 月 31 日
	理由		経営を他法人に引き継ぐため。
再開事項	再開年月日		年 月 日
	休止		

介護保険の廃止届出と同じ変更日付を記入してください。

・法人の場合の代表者印は、法人の登記に使用した法人印(丸印)を押印してください。  
・個人開設の医療機関や薬局は、開設者の住所と氏名を記入し、開設者個人の印鑑を押印します。  
・欄外の印と捨印は同じ印鑑を使用してください。

令和 〇 年 4 月 3 日  
東京都知事 殿

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

〒160-0000  
東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎

印

法人の場合は法人代表者印(丸印)

書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

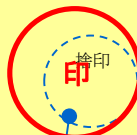
連絡先電話番号 TEL ( 03 - 2121 - 1515 ) / 担当者氏名 ( 東京 花子 )

記入例(休止の場合)

生活保護法指定介護機関  
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※ (変更) (廃止) (再開) (休止) (再開) ※該当事項を○で囲んでください。

届書



・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields include: 介護保険事業者番号 (1371000009), 事業所の名称 (とうきょうホームヘルプ支援センター), 事業所の所在地 (〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1)

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

Large table with 3 columns: Service Category, Service Name, Selection Status. Includes categories like 居宅介護, 施設, and various service types with checkboxes and circles.

・介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。

Table for administrative details: 変更事項 (開設者に関する事項, 事業所に関する事項), 休止 (休止年月日, 理由), 再開事項 (再開年月日, 休止理由).

・法人の場合の代表者印は、法人の登記に使用した法人印(丸印)を押印してください。  
・個人開設の医療機関や薬局は、開設者の住所と氏名を記入し、開設者個人の印鑑を押印します。  
・欄外の印と捨印は同じ印鑑を使用してください。

令和〇年4月3日  
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

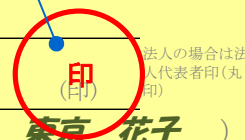
〒160-0000 東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎



書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

連絡先電話番号 TEL ( 03 - 2121 - 1515 ) / 担当者氏名 ( 東京 花子 )

記入例(再開の場合)

生活保護法指定介護機関  
中国残留邦人等支援法指定介護機関

※

変 更  
廃 止  
休 止  
再 開

届書

印

・届出書は事業者番号ごとに作成してください。

※該当事項を○で囲んでください。

当介...り、生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国...の促進並びに永住帰国...に関する法律に基づき、次のとおり届け出ます。

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields include: 介護保険事業者番号 (1371000009), 事業所の名称 (とうきょうホームヘルプ支援センター), 事業所の所在地 (〒111-0011 東京都新宿区北新宿1-1-1)

【事業の種類】 管理者の変更・廃止・休止・再開の場合は該当するサービスの種類に○を印してください。

Large table for service types with columns for categories (居宅介護, 施設) and specific services. Includes checkboxes and a note: '介護予防・日常生活支援総合事業の指定を受けているサービスがあれば○をしてください。'

Table for administrative details: 変更事項 (開設者に関する事項, 事業所に関する事項), 廃止事項 (理由), 再開事項 (再開年月日, 休止年月日, 理由). Includes notes about representative seals and dates.

令和〇年5月2日  
東京都知事 殿

※ 本届出には添付書類は不要です。

書類を提出する日を記入してください。

届出書に関して都からの問合せに対応する方を記入してください。

【届出者(開設者)】

法人の主たる事務所の所在地(個人の場合は自宅住所)

〒160-0000 東京都新宿区南新宿2-2-2

法人の名称(個人の場合は個人氏名)

株式会社とうきょうサービス

代表者職氏名

代表取締役 東京 太郎

印

法人の場合は法人代表者印(丸印)

連絡先電話番号 TEL ( 03 - 2121 - 1515 ) / 担当者氏名 ( 東京 花子 )