【様式１】

介護サービス情報の公表の申出書

令和　　年　　月　　日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長　様

事業者(法人)名称

事業所名称

事業所所在地

代表者氏名

　介護保険法第１１５条の３５に規定する情報の公表の対象事業者に該当しませんが、下記のとおり公表を希望しますので申し出いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| サービス種類 |  | 担当者氏名  （連絡先）  （ﾌｧｸｼﾐﾘ）  （ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ） | （　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　） |
| 計画番号 |  |
| 所在地 |  | | | |
| 区分  ※該当するものに○すること | １　既存事業所  介護報酬受領実績が１００万円以下であるが、基本情報及び公表を希望する場合  ２　新規事業所  新規事業者については、基本情報のみ公表義務があるが、運営情報も公表することを希望する場合 | | |