

ユニット型施設調査年度変更希望申出書

令和 年 月 日

(宛先) 川崎市長

住 所  
 開設者 (所在地)  
 氏 名  
 (名称及び代表者名)  
 電話番号

印

次のとおり、今年度に訪問調査の対象となっている介護老人福祉施設については、従来型施設に併設されているユニット型施設であるので、訪問調査の調査年度を変更していただきたく申し出ます。

調査年度の変更を希望する事業所 (ユニット型施設)	名称									
	所在地									
介護保険事業所番号	1	4								
指定を受けた年月日	令和 年 月 日									

併設している介護老人福祉施設 (従来型施設)	名称									
	所在地									
介護保険事業所番号	1	4								
指定を受けた年月日	令和 年 月 日									

**※郵送により、必ず、令和4年9月29日(木)までにご提出ください。**

郵送先：〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課管理係 宛
---

記入者名： \_\_\_\_\_