

(様式第1号)

下記の申出をしようとする方は、必要事項をご記入の上、本票をFAX等にて送付してください。

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会 秋田県介護サービス情報指定情報公表センター

FAX 018-864-2840 (送信票は不要です。このままお送り下さい。)

令和8年度 介護サービス情報の公表制度に関する相談・苦情・質問について

令和 年 月 日

いずれかをチェックしてください。

利用者等 (申出者が利用者等である場合は、無記入でもかまいません)

お名前		電話番号	
ご住所			

介護サービス事業所等

事業所名		事業所番号	
事業所所在地		ご担当者名	
サービス種別		電話番号	

内容	(該当項目にチェックしてください) <input type="checkbox"/> 制度について <input type="checkbox"/> 公表結果について <input type="checkbox"/> 調査票項目について <input type="checkbox"/> 調査機関について <input type="checkbox"/> 公表センターについて <input type="checkbox"/> 調査員について <input type="checkbox"/> その他
	相談・苦情・質問についてご記入ください
(公表センター記入欄)	

下記の申出をしようとする事業所は、必要事項をご記入の上、本票をFAX等にて送付してください。

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会 秋田県介護サービス情報指定情報公表センター

FAX 018-864-2840 (送信票は不要です。このままお送り下さい。)

令和8年度 介護サービス情報(基本情報)の訂正について(依頼)

令和 年 月 日

秋田県介護サービス情報指定情報公表センター へ

事業所所在地

事業所番号

サービス名

事業所名

担当者名

電話番号

介護保険法第115条の35第1項の規定により、すでに報告している介護サービス情報(基本情報)について、次のとおり訂正をお願い致します。

訂正するサービス名		訂正箇所
同一区分内のサービス		
送信原稿枚数		枚 (本紙を含む)

- ① 訂正の必要な調査票に訂正事項を書き込み、サービスごとに添付してください。
- ② 上記の書類を確認し、指定情報公表センターでデータを修正し、差し替え公表を行います。

【注意事項】

*公表後に訂正を行うことができるのは、基本情報のうち記載内容の時期を特定して記入するもの(従業者の状況、提供実績等)は除かれ、次の事項のみとなります。

ア 基本情報1「事業所を運営する法人等に関する事項」

イ 基本情報2「介護(予防)サービスを提供し、又は提供しようとする事業所に関する事項」

ウ その他上記に関連し必要な事項(苦情対応窓口、サービス利用可能時間、利用料金等)

*原則として、調査実施済の運営情報は訂正できません。

令和8年度 介護サービス情報の報告・調査・公表の義務がないことの申出書

令和 年 月 日

秋田県知事 様

事業所所在地

事業所番号

サービス名

事業所名

担当者名

電話番号

当事業所(施設)で提供する下記の介護サービスについては、「秋田県介護サービス情報の公表に関する報告・調査・公表計画」に定める計画の基準日前1年間(令和7年1月1日から令和7年12月31日)において、提供を行ったサービスに係る介護報酬(利用者負担額を含む)が100万円以下であるため、介護保険法施行規則第140条の44に該当し、令和8年度の介護サービス情報の公表の義務がありませんので、次のとおり申し出るとともに、誓約いたします。

提供を行った月	提供を行ったサービスに係る介護報酬		
	介護保険からの給付 (a)	②利用者負担 (b)	合計 (a) + (b)
令和7年1月			
令和7年2月			
令和7年3月			
令和7年4月			
令和7年5月			
令和7年6月			
令和7年7月			
令和7年8月			
令和7年9月			
令和7年10月			
令和7年11月			
令和7年12月			
合 計			

※本申出書は、各事業所において提供するサービスの種類ごとに作成してください。

※「利用者負担」欄は、通常のサービスの対価の1～3割(居宅介護支援なし)ですが、社会福祉法人等で減免等を行っている場合は、当該減免等の後の額となります。

令和8年度 介護サービス情報の公表制度における報告等の対象外届

令和 年 月 日

秋田県知事 様

事業所所在地

事業所番号

サービス名

事業所名

担当者名

電話番号

次のとおり介護保険法第115条の35第1項の規定に基づき、規則第140条の44に規定する介護サービス情報の公表の対象外となる事業所として届け出ます。

特定福祉用具販売事業所

介護保険事業所番号																				
公表の対象外として届け出る 特定福祉用具販売事業所	名称																			
	所在地																			
指定をうけた年月日																				
対象となる期間内に販売の 対価として支払いを受けた額(単位:円)																				

特定介護予防福祉用具販売事業所

介護保険事業所番号																				
公表の対象外として届け出る 特定介護予防福祉用具販売事業所	名称																			
	所在地																			
指定をうけた年月日																				
対象となる期間内に販売の 対価として支払いを受けた額(単位:円)																				

※ 福祉用具貸与、介護予防福祉用具貸与を一体的に運営している場合は、介護保険事業所番号及び事業所名称を記載すること。

介護保険事業所番号																				
併せて指定を受けている事業所	名称																			
併せて指定を受けているサービス名	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具貸与																			

(留意点)

- ・「対象となる期間」とは、令和7年1月1日から令和7年12月31日までをいう。
- ・ 特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売の指定を併せて受けている事業所については、いずれも販売の対価として支払いを受けた額(利用者負担額を含む)が100万円以下の場合、公表の対象外となることから、各々必要な事項を記載すること。

(様式第4号)

下記の申出をしようとする事業所は、必要事項をご記入の上、本票をFAX等にて送付してください。

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会 秋田県介護サービス情報指定情報公表センター

FAX 018-864-2840 (送信票は不要です。このままお送り下さい。)

令和8年度 介護サービス情報の報告・調査・公表の猶予申請書(休廃止)

令和 年 月 日

秋田県介護サービス情報指定情報公表センター あて

事業所所在地

事業所番号

サービス名

事業所名

担当者名

電話番号

現在、介護保険法第115条の35第1項に規定する情報の公表の対象事業者に該当しますが、下記の理由により非該当になる見込みですので、報告、訪問調査及び手数料の納付について猶予していただきますよう申請いたします。

なお、猶予期限日までに情報の公表の非対象事業者に該当しない場合は、指定情報公表センター長が指定した期限までに、報告、訪問調査及び手数料の納付の手続きを行います。

報告・調査・公表計画の月	_____月	
調査実施の有無	あり ・ なし (○をしてください。)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 計画の期間において、介護サービスの提供を休止(予定)するため	
	① 休止(予定)年月日	令和 年 月 日
	② 再開予定年月日	令和 年 月 日
	③ 県・市町村休止届出(予定)日	令和 年 月 日 (猶予期限日)
	<input type="checkbox"/> 事業所を廃止するため	
	① 廃止(予定)年月日	令和 年 月 日
② 県・市町村廃止届出(予定)日	令和 年 月 日 (猶予期限日)	

令和8年度 介護サービス情報の公表制度の 報告・調査・公表計画の変更申出書

令和 年 月 日

秋田県知事 様

事業所所在地

事業所番号

サービス名

事業所名

担当者名

電話番号

次のとおり令和8年度介護サービス情報の公表制度の報告・調査・公表計画に係る実施月の変更を申し出ます。

1 現行の計画の内容（計画通知に記載された内容をご記入ください）

報告・調査・公表計画の月

月

調査実施の有無（○をしてください。）

あり ・ なし

2 変更を希望する実施月

月

3 変更を希望する理由

下記の申出をしようとする事業所は、必要事項をご記入の上、本票をFAX等にて送付してください。

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会 秋田県介護サービス情報指定情報公表センター
FAX 018-864-2840 (送信票は不要です。このままお送り下さい。)

令和8年度 介護サービス情報の報告・調査・公表の希望連絡票

令和 年 月 日

秋田県介護サービス情報指定情報公表センター へ

事業所所在地

事業所番号

サービス名

事業所名

担当者名

電話番号

介護サービス情報の公表について、下記のとおり申し出ます。

※□にチェックをいれ、該当するものに○をしてください。

1. 既存(計画対象外)事業所

- * 既存(計画対象外)事業所については、基本情報、運営情報の報告・調査・公表の義務がありませんが、基本情報の報告・公表、運営情報の報告・調査・公表を任意で希望される場合は、提出してください。
- * 公表手数料、調査手数料(調査希望の場合のみ)の納付が必要となります。

() 基本情報の報告を希望

() 基本情報・運営情報の報告を希望

() 基本情報・運営情報の報告、運営情報の調査を希望 _____ 月調査希望

2. 既存(計画対象(報告のみ))事業所

- * 既存(計画対象(報告のみ))事業所については、基本情報、運営情報の報告・公表義務となりますが、運営情報の調査を任意で希望される場合は、提出してください。
- * 公表手数料のほかに、調査手数料の納付が必要となります。

() 運営情報の調査を希望 _____ 月調査希望

3. 令和8年度新規事業所

- * 新規事業所については、基本情報のみ報告・公表義務となりますが、運営情報の報告・調査・公表を任意で希望される場合は、提出してください。
- * 公表手数料のほかに、調査手数料の納付が必要となります。

() 運営情報の調査を希望 _____ 月調査希望

(留意点)

- ・ 調査は、9月より実施となります。
- ・ 調査の実施にあたっては、希望月の概ね2~3か月前に日程調整を行い、決定した調査日の3週間前までに調査票の報告をしていただきます。
- ・ 新規事業所については、事業開始の日から6か月を経過した日以降の日における調査票の報告に基づき調査を行います。