別紙様式

**特定処遇改善加算にかかわる情報修正依頼**

年　　　月　　　日

千葉県介護サービス情報公表センター　行

　特定処遇改善加算にかかわる公表システムを利用した報告を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号　： |  |
| 事業所名　： |  |
| 介護サービス種類　： |  |
| 担当者氏名　： |  |
| 電話番号　： |  |
| 備考　： |  |

注意：様式の提出は事業所番号ごとにお願いいたします。なお、同一事業所番号で複数サービスの提供がある際は、サービスを書き分けていただければ様式は１枚で大丈夫です。