指定地域密着型サービス事業者

指定地域密着型介護予防サービス事業者　指定地域密着型サービス事業者指定地域密着型介護予防サービス事業者名称等変更届出書

指定居宅介護支援事業者

令和　　年　　月　　日

　　　弘前市長　様

所 在 地

申請者　名　　称

代表者名　　　　　　　　印

下記のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、介護保険法第78条の　５　第　１　項、第82条第１項又は第115条の15第１項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | |  | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所・施設の名称 | | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所・施設の所在地 | |
| ３ | 申請者の名称 | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | |
| ６ | 登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） | |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | |
| （変更後） | | | | | | | | | | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |
| ９ | 運営規程 | |
| 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制 | |
| 12 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | |
| 13 | 併設施設の状況等 | |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | |
| 変更年月日 | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考

１　該当項目番号に○を付してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

３　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長としてください。

（担当及び提出先：福祉部介護福祉課）