

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

年 月 日

千葉県知事 様 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定の変更を申請します。

		介護保険事業所番号				
		法人番号				
申請者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村	
	連絡先	電話番号	(内線)		FAX番号	
		Email				
	代表者の職名・氏名・ 生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村		
事業所	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 -)		都道 府県	市区 町村	
変更内容	利用者の定員	変更前	人	変更後	人	
	変更予定年月日	年		月	日	
利用者の推定数 (変更後)	合計	人				
	うち要介護者	人		うち要支援者	人	
協力医療機関	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		
	名称			主な診療科名		

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 2 以下の書類を添付してください。
- (1) 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するものとする。)並びに設備の概要
 - (2) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態
 - (3) 受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地
 - (4) 当該協力医療機関との契約の内容(協力歯科医療機関があるときは、その名称及び契約の内容を含む)

(参考)指定特定施設入居者生活介護指定変更に係る記載事項不足時の資料

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	