

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

次のとおり指定の変更を申請します。

				介護保険事業所番号											
申請に係る事業所				名称											
				所在地											
利用者の推定数 (要介護者及び要支援者のそれぞれに係る推定数を明示)															
利用者の定員				要介護者						要支援者					
				(変更前)						(変更後)					
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 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者の勤務の体制及び勤務形態
 - 3 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の場合にあっては、受託居宅サービス事業者が事業を行う事業所及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地
 - 4 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、当該協力歯科医療期間との契約の内容を含む)