様式第５号（第１５条関係）

（表）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申請者　主たる事務所の所在地

名　　　　称

代表者の氏名　　　　　　　　　　印

高松市介護予防・生活支援サービス事業変更届

次のとおり指定を受けた内容を変更したので、届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | | 名　称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地  電話番号（　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | |  | |
| 共生型訪問型サービス | | | | | | | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ（Ａ－１） | | | | | | | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ（Ａ－２） | | | | | | | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ（Ａ－３） | | | | | | | | | |  | |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | |  | |
| 共生型通所型サービス | | | | | | | | | |  | |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | |  | |
| 通所型サービスＣ | | | | | | | | | |  | |
| 変更があった事項 | | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所の名称 | | (変更前) | | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所の所在地 | |  | | | | | | | | | | | |
| ３ | 申請者の名称 | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | |
| ５ | 代表者の職名、氏名、生年月日及び住所 | |
| ６ | 登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) | | (変更後) | | | | | | | | | | | |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | |  | | | | | | | | | | | |
| ８ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |  | | | | | | | | | | | |
| ９ | サービス提供責任者及び訪問事業責任者の氏名及び住所 | |
| 10 | 運営規程 | |
| 変　　更　　年　　月　　日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 担当者名（連絡先　電話番号） | | | （　　-　　-　　） | | | | | | | | | | | |

　備考

　　１　変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。

　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。