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。