

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

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。