様式第２号（第７条関係）

（表）

　年　　月　　日

（宛先）高松市長

事業実施予定者　　住　所

氏　名

法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称並びに代表者の職及び氏名

電話番号

指定居宅サービス事業者等の指定等に係る事前協議事項変更協議書

高松市指定居宅サービス事業者等の指定等に係る事前協議手続要領第７条の規定により、次のとおり関係書類を添えて協議します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス等の種類(指定又は開設許可の申請を予定しているものに○を付けること。) | 通所介護 |  |  |  |
| 通所リハビリテーション |  | 介護予防通所リハビリテーション |  |
| 短期入所生活介護 |  | 介護予防短期入所生活介護 |  |
| 短期入所療養介護 |  | 介護予防短期入所療養介護 |  |
| 特定施設入居者生活介護 |  | 介護予防特定施設入居者生活介護 |  |
| 介護老人保健施設 |  | 介護医療院 |  |
| 地域密着型通所介護（療養通所介護） |  | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |  |
| 認知症対応型通所介護 |  | 介護予防認知症対応型通所介護 |  |
| 小規模多機能型居宅介護 |  | 看護小規模多機能型居宅介護 |  |
| （総合事業）介護予防通所介護相当サービス |  | （総合事業）通所型サービスＡ |  |
| （総合事業）通所型サービスＣ |  |  |  |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 変更事項 |  |
| 変更内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更の理由 |  |

※　変更後の内容が分かる書類又は図面を添付してください。

（裏）

【介護保険課等との協議記録】

|  |  |
| --- | --- |
| 協議年月日 |  |
| 協議者名 |  |
| 協議内容 |  |
| 担当者からの指導事項等 |  |
| 指導事項等に対する事業実施予定者の対応 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 協議年月日 |  |
| 協議者名 |  |
| 協議内容 |  |
| 担当者からの指導事項等 |  |
| 指導事項等に対する事業実施予定者の対応 |  |

※　協議記録は市の担当者において記載し、事業実施予定者と共にその内容を確認する。