様式第３５号の４（第２４条の２関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　印

法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名

指定特定施設入居者生活介護事業者指定変更申請書

　指定特定施設入居者生活介護の利用定員を増加したいので、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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代表者 | 生年月日 |
| 住所 |
| 職名 |
| 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すること。） |  |
| 要介護者 |  | 要支援者 |  |
| 利用者の定員 | (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 |  |
| 名称 |  | 主な診療科名 |  |

備考

次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。）　並びに設備の概要が分かる資料

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一覧表

３　外部サービス利用型指定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の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地が分かる資料

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、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約の内容を含む。）が分かる資料