様式第４３号（第２８条関係）

年　　月　　日

　　　（宛先）高松市長

届出者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

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

指定地域密着型サービス事業者指定地域密着型介護予防サービス事業者 変更届

次のとおり指定を受けた事項を変更したので、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 | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所（施設）の名称 | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所（施設）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 | 登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 | | | | | | | | | | | | | |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | | | | | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 協力医療機関（協力病院）又は協力歯科医療機関 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 併設施設の状況等 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 事業所が病院若しくは診療所又はその他の事業所のいずれかの別 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 連携する訪問看護事業所の名称及び所在地（連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護に限る。） | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | その他（計画作成担当者・電話番号等） | | | | | | | | | | | | | |
| 変　更　の　内　容 | | | | | | | | | | | | | | |
| （変更前） | | | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 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、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。