様式第４号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業指定変更届出書

年　　月　　日

　　高梁市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

所　在　地

事業者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

次のとおり、指定を受けた介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 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 | 代表者の氏名，生年月日，住所及び職名 |
| ６ | 定款、寄附行為等及び条例等（当該事業に関するものに限る。) |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 設備又は備品 |
| ９ | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所（並びに経歴） |
| 10 | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴（第１号訪問事業） |
| 11 | サービス費の請求に関する事項 |
| 12 | 運営規程 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 13 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| 14 | 事業所の種別 |
| 15 | 事業実施形態（本体施設、本体施設と移動経路等） |
| 16 | 入院患者又は入所者の定員 |
| 17 | 併設施設の状況 |
| 18 | 役員の氏名，生年月日及び住所 |
| 19 | その他 |
| 変　　　更　　　年　　　月　　　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目番号に○を付してください。

２　変更内容がわかる書類を添付してください。

様式第５号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業廃止（休止）届出書

年　　月　　日

　　高梁市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

所　在　地

事業者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する事業所 | | | | | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| 廃止、休止の別 | | | | | 廃止　・　休止 | | | | | | | | |
| 廃止（休止）する事業の種類 | | | | |  | | | | | | | | |
| 廃止（休止）する年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 廃止（休止）する理由 | | | | |  | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けて  いる者に対する措置 | | | | |  | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | | | | 年 月 　日　～　　　 年 　月 　日 | | | | | | | | |

　備考　１　廃止し、又は休止する日の１月前までに届け出てください。

　　　　２　「休止予定期間」欄は，事業又は施設を休止する場合に記載してください。

様式第６号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業再開届出書

年　　月　　日

　　高梁市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

申請者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

所　在　地

事業者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業を再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開する事業所 | | | | | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | |  | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |

備考　当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する一覧表を添付してください。