第９号の２様式

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

　　年　　月　　日

　　長野県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

次のとおり指定の変更を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 | ２ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請に係る事業所 | 名　　　　　　称 |  |
| 所　　 在　　 地 |  |
| 法　　人代 表 者 | 氏　　　　　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　　　　所 |  |
| 職　　　　　　名 |  |
| 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ものとする。) |  |
| 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 |  |
| 変更予定年月日 | 　　年　　月　　日 |

添付書類　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

2　この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

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を記載した書類

1. 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該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。）を記載した書類

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書作成者名 | 連絡先(電話番号) |
|  |  |