

第5号様式の2（第7条の2関係）

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

年 月 日

大分県知事 殿

申請者 郵便番号  
 法人の主たる事務所の所在地  
 法人の名称及び代表者の職氏名  
 代表者の住所  
 代表者の生年月日 年 月 日

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	4	4							
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新旧平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要
  - 2 従業員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を記載した書類
  - 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、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
  - 5 その他必要と認められる書類