別記様式第５号（第９条関係）

芳賀町指定事業者変更（廃止・休止・再開）申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

芳賀町長　様

所在地

申請者 法人名

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

年　　月　　日付けで指定された事業所について、下記のとおり変更（廃止・休止・再開）したいので、芳賀町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第９条第１項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業者番号 | 　　　　　　　　 |
| 指定内容を変更した事業所(施設) | 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・施設の名称 | (変更前) |
| 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 | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ６ | 定款等及びその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及び住所 | (変更後) |
| ９ | 運営規程 |
| １０ | 協力医療機関(病院)・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、病院等との連携・支援体制 |
| １２ | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 |
| １３ | 役員の氏名及び住所 |
| １４ | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| １５ | 併設施設の状況等 |
| １６ | 廃止・休止又は再開の理由 |  |
| 変更・廃止・休止・再開年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

　備考

１　該当項目番号に○を付してください。

　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。