

様式第3号（第2条関係） 指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 愛媛県知事 様 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 申請者 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） <div style="text-align: right;">㊟</div>										
介護保険事業者番号										
代表者	氏名				住所	（郵便番号 - ）				
	職名									
	生年月日									
事業所	名称									
	所在地	（郵便番号 - ）								
利用者 の推定 数	要介護者									人
	要支援者									人
	合計									人
利用者の定員		変 更 前				変 更 後				
		人				人				
協力医療機関	名称				診療科名					
	名称				診療科名					
	名称				診療科名					

- 注1 協力医療機関がある場合は、「協力医療機関」の欄に併せて記入すること。
- 2 次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 建物の構造概要を記載した書類及び各室の用途を明示した平面図並びに設備の概要を記載した書類
 - (2) 当該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を記載した書類
 - (3) 業務の全部又は一部を他の事業者に行わせる場合にあっては、受託事業者及びその事業所の名称及び所在地を記載した書類並びに当該委託契約書の写し
 - (4) 協力医療機関（協力歯科医療機関を含む。）との契約の内容を記載した書類
- 3 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。