第5号様式(第7条)

指定居宅サービス事業者等変更届出書

年　　月　　日

　(届出先)

　横浜市長

所在地

届出者　法人名

職・氏名

　介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者、指定地域密着型介護予防サービス事業者又は指定介護予防支援事業者の変更について、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所(施設) | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (〒　　―　　) | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | FAX番号 |  | |
| 変更を届け出る事業又は施設の種類 | 同一所在地内で行う事業又は施設の種類 | | | | | | | | | | | | | | 変更する事業 | | 変更年月日 |
| 指定居宅サービス事業 | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 訪問看護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 特定福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 指定地域密着型サービス事業 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 指定居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護老人保健施設 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護療養型医療施設 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護医療院 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 指定介護予防サービス事業 | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防訪問看護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防通所リハビリテーション | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防短期入所療養介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 指定地域密着型介護予防サービス事業 | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 指定介護予防支援事業 | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 変更内容(変更前と変更後の内容を下欄に具体的に記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更前 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

　(注意)　「変更する事業」欄は、今回変更を届け出るものに「◎」と、既に指定又は許可を受けているものに「○」と、指定又は許可があったとみなされたものに「みなし」と記入してください。

(A4)