様式第５号（第５条関係）

指定居宅介護支援事業者変更届出書

年　　月　　日

　　杵築市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　代表者職・氏名

杵築市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第５条の規定により、指定を受けた内容に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | | 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 | 事業所の名称 | | （変更前） | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所の所在地 | |
| 3 | 事業者の名称・主たる事務所の所在地 | |
| 4 | 代表者の職名・氏名、生年月日及び住所 | |
| 5 | 定款・寄附行為及びその登記事項証明書、条例等  （当該事業に関するものに限る。） | |
| 6 | 事業所の建物の構造、専用区画等 | |
| 7 | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所  （介護老人保健施設を除く。） | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 8 | サービス提供責任者の氏名及び住所 | |
| 9 | 運営規程 | |
| 10 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | |
| 11 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | |
| 12 | その他 | |
| 変更年月日 | | | 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。

様式第６号（第５条関係）

指定居宅介護支援事業者廃止（休止）届出書

年　　月　　日

　杵築市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　印

代表者職・氏名

杵築市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第５条の規定により、事業を廃止（休止）

したいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の別 | 廃止　・　休止 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　廃止又は休止する日の１月前までに届け出てください。

様式第７号（第５条関係）

指定居宅介護支援事業者再開届出書

年　　月　　日

杵築市長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

杵築市指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則第５条の規定により、事業を再開しました

ので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　再開した事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。