

指 定 事 項 等 変 更 届

〇〇 年 Δ 月 × 日

山口県知事 様

郵便番号 753-0000

提出する日付を記入してください。

法人名と代表者役職・氏名の両方を記入してください。

者)

ふりがな氏

所 山口市滝町〇—〇
 カブシカイシャ ヤマガキカゴ
 株式会社 山口介護
 代表取締役 山口太郎

(電話 083-0000-▲▲▲▲)

指定居宅サービス事業者

第 75条第1項

下記のとおり指定介護老人福祉施設
 介護老人保健施設
 介護医療院

の指定事項等を変更したので、介護保険法第 89条

第 99条第1項

第 113条第1項

指定介護予防サービス事業者

第 115条の5第1項

指定介護療養型医療施設

旧介護保険法第 111条

の規定により届け出ます。

記

| | | |
|---------------|-----------|-------------------|
| 事業所又は施設 | 名 称 | やまぐち訪問入浴介護事業所 |
| | 所 在 地 | 山口市西町〇—〇 |
| | 介護保険事業所番号 | 3500012345 |
| サ ー ビ ス の 種 類 | | 訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護 |
| 変 更 事 項 | | 介護給付費算定に係る体制 |
| 変 更 の 内 容 | 変 更 前 | サービス提供体制強化加算 なし |
| | 変 更 後 | サービス提供体制強化加算 II |
| 変 更 の 理 由 | | 算定要件を満たしたため |
| 変 更 年 月 日 | | 〇〇 年 Δ 月 × 日 |

変更内容を適用する日付を記入してください。

添付書類

居宅サービス又は介護予防サービスの利用者の定員の増加に伴う届出の場合にあっては、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

注 届出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。