（様式）

指定特定施設入居者生活介護指定変更申請書

令和　　年　　月　　日

　　埼玉県知事　宛

　所在地

　申請者

名　称

（代表者職氏名）

　下記のとおり，指定の変更を受けたいので，関係書類を添えて，申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 | | | | １ | １ | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所　在　地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | 法人所轄庁 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職･氏名・  生年月日 | 職名 |  | | | | | フリガナ |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　－　　　　　）  　　　　　　県　　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | |  | | | | FAX番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 変更の内容 | 利用者の定員 | 変更前 | | | 人 | | | | 変更後 | | | | 人 | | | | | | | | | | |
| 変更予定年月日 | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後の利用者の推定数 | | 要介護者 | | | | 人 | | | | 要支援者 | | | | 人 | | | | | | | | | |

注　用紙の大きさは，日本工業規格Ａ列４としてください。