様式４（第１１条第１項関係）

令和　　年　　月　　日

川崎市長（宛て先）

法人名

法人所在地

法人代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「かわさき健幸福寿プロジェクト」要介護度等改善・維持評価事業参加内容の変更等申請書

次のとおり、　川健高事第　　号で決定を受けた内容に変更等が生じましたので申請します。

１　取りまとめ事業所情報

|  |  |
| --- | --- |
| 取りまとめ事業所 |  |
| サービス種類 |  |
| 担当者 |  |

２　対象者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 |  |

３　変更内容（新しい取りまとめ事業所が提出してください）

* + 取りまとめ事業所の変更
  + 取りまとめ事業所の参加辞退（参加者及び全ての事業所が参加辞退扱いとなります）
  + チーム参加事業所の追加・変更（一部事業所の入れ替えや事業所の名称変更等は新しい取りまとめ事業所が提出してください）
  + 参加辞退（※１）（希望による辞退　対象者の死亡・転出　事業所の廃止　等）

辞退理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（※１）参加辞退とは、自ら参加の辞退を希望する時のほか、やむを得ずチームの参加から離脱することをいいます。そのため、原則として単なるサービス終了・契約終了の場合には手続きは不要です。何らかの理由で参加辞退をしなければならないときに本様式を御提出ください。

（別紙）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者情報 | | | | | | |
| 申請内容 | □対象者の希望による参加辞退　□対象者の転出　□死亡 | | | | | |
| 氏名 |  | | 登録番号 | | |  |
| 介護保険被保険者番号 |  | | 要介護度 | | |  |
|  |  | | | |  | |
| 取りまとめ事業所情報 | | | | | | |
| 申請内容 | □事業所の変更　　□事業所の参加辞退  ※変更がない場合は**変更前**の欄にのみご記入ください。 | | | | | |
| **変更前**【平成　　年　　月　　日まで】 | | |  | **変更後**【平成　　年　　月　　日～】 | | |
| 事業所名 |  | |  | 事業所名 | |  |
| 事業所番号 |  | |  | 事業所番号 | |  |
| サービス種別 |  | |  | サービス種別 | |  |
|  | | |  | 住所 | |  |
|  | 電話番号 | |  |
|  | FAX番号 | |  |
|  | メールアドレス | |  |
|  | |  |  |  | | |
| 参加事業所（在宅サービスの場合に記載） | | | | | | |
| **変更の対象となる事業所** | | |  | **変更後の事業所** | | |
| □参加辞退※  □変更【平成　　年　　月　　日まで】 | | |  | □追加【平成　　年　　月　　日～】 | | |
| 事業所名１ |  | |  | 事業所名１ | |  |
| 事業所番号 |  | |  | 事業所番号 | |  |
| サービス種別 |  | |  | サービス種別 | |  |
| □参加辞退※  □変更【平成　　年　　月　　日まで】 | | |  | □追加【平成　　年　　月　　日～】 | | |
| 事業所名２ |  | |  | 事業所名２ | |  |
| 事業所番号 |  | |  | 事業所番号 | |  |
| サービス種別 |  | |  | サービス種別 | |  |
| □参加辞退※  □変更【平成　　年　　月　　日まで】 | | |  | □追加【平成　　年　　月　　日～】 | | |
| 事業所名３ |  | |  | 事業所名３ | |  |
| 事業所番号 |  | |  | 事業所番号 | |  |
| サービス種別 |  | |  | サービス種別 | |  |

※「参加辞退」の申請をした場合、インセンティブ対象となりませんので、御留意ください。

※単なるサービス終了、契約終了の場合は「変更」の□欄にチェックしてください。