

(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	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	フリガナ	ヨコハマホーム										
	名称	横濱ホーム										
	所在地	(〒〇〇〇 - ××××) 横浜市〇区××町△△-〇										
連絡先	電話番号	045-〇〇〇-××××					FAX番号	045-〇〇〇-××××				
変更を届け出る事業又は施設の種類の種類	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						◎				令和5年4月1日
		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	介護老人福祉施設						◎				令和5年4月1日
		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							◎				令和5年4月1日	
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												
指定介護予防支援事業	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											
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	併設型・空床型 定員の増減【老福】100名 【SS】20名											
変更後	空床型 定員の増減【老福】120名 【SS】0名 定員の増減に伴うレイアウト変更											

(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。

第32号様式(第16条第1項)

老人ホーム事業変更届出書

年 月 日

(届出先)

横浜市長

所在地
名称
代表者

次のとおり老人ホームの事業を変更するので、届け出ます。

施設 の 名 称 及 び 所 在 地	横浜ホーム 横浜市〇区××町△△-〇
変 更 す る 事 項	定員の増 100名 ⇒ 120名 定員増に伴うレイアウト変更
変 更 予 定 年 月 日	令和 5 年 4 月 1 日
変 更 す る 理 由	ショートステイ床の本入所転換のため

(A4)

第29号様式の5(第12条第2項)

老人居宅生活支援事業変更届出書

年 月 日

(届出先)

横浜市長

住 所

氏 名

(法人その他の団体にあつては、
所在地、名称及び代表者の氏名)

次の事項について変更したので、届け出ます。

事業の種類及び内容		老人短期入所事業
事業所名		横浜ホーム
変更した 事項	変更前	併設型・空床型 ⇒ 空床型 定員 20名
	変更後	併設型・空床型 ⇒ 空床型 定員 0名 定員の減に伴うレイアウト変更
変更した年月日		令和 5 年 4 月 1 日

(A4)

第29号様式の8(第13条第2項)

老人デイサービスセンター等変更届出書

年 月 日

(届出先)

横浜市長

住 所

氏 名

(法人その他の団体にあつては、
所在地、名称及び代表者の氏名)

次の事項について変更したので、届け出ます。

施設の名称、種類 及び所在地	横浜ホーム、老人短期入所事業 横浜市〇区××町△△-〇	
変更した 事項	変更前	併設型・空床型 ⇒ 空床型 定員 20名
	変更後	併設型・空床型 ⇒ 空床型 定員 0名 定員の減に伴うレイアウト変更
変更した年月日	令和 5 年 4 月 1 日	

(A4)

第33号様式(第16条第2項)

老人ホーム廃止(休止・事業変更)申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市長

所在地

名称

代表者

次のとおり老人ホームを廃止(休止・事業変更)したいので、申請します。

廃止(休止・事業変更)しようとする 年 月 日	令和 5 年 4 月 1 日
廃止(休止・事業変更)の理由	ショートステイ床の本入所転換のため
現に入所している 者に対する措置	特になし
休止の場合の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
事業変更の場合の変更する事項	定員の増 100名 ⇒ 120名 定員増に伴うレイアウト変更

(A4)