変更届出書

年　　　月　　　日

所在地

平内町長　様 申請者

代表者の職・氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | | 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 | 申請者（法人）の名称又は所在地 | | | | |
| ４ | 代表者の氏名、住所及び職名 | | | | |
| ５ | 定款・寄付行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る） | | | | |
| ６ | 事業所の建物の構造（平面図） | | | | |
| ７ | 事業所の管理者の氏名、住所及び経歴 | | | | |
| ８ | 運営規程 | | | | |
| ９ | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | | | | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| １０ | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制 | | | | |
| １１ | 居宅サービス計画費、介護予防サービス計画費、地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | | | | |
| １２ | 役員の氏名及び住所 | | | | |
| １３ | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 | | | | |
| １４ | 本体施設、本体施設との移動経路等 | | | | |
| １５ | 併設施設の状況等 | | | | |
| １６ | その他事項 | | | | |
| 変更年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 担当者　職・氏名 | |  | | | | | | | 電話 | | | | | | | |