別記様式第３号（第４条関係）

指定地域密着型サービス事業所

指定居宅介護支援事業所

変　更　届　出　書

指定地域密着型介護予防サービス事業所

指定介護予防支援事業所

年 月 日

竜　王　町　長

住所

開設者　　　（所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

氏名

（名称および代表者氏名）

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所等 | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　　日 |
| 変更があった事項（該当に○） | 変更の内容 |
|  | 1 | 事業所（施設）の名称 | （変更前） |
|  | 2 | 事業所（施設）の所在地 |
|  | 3 | 申請者の名称 |
|  | 4 | 主たる事務所の所在地 |
|  | 5 | 代表者（開設者）の氏名、生年月日および住所 |
|  | 6 | 登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） |
|  | 7 | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 |
|  | 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日および住所 | （変更後） |
|  | 9 | 運営規程 |
|  | 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
|  | 11 | 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 |
|  | 12 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
|  | 13 | 併設施設の状況等 |
|  | 14 | 介護支援専門員の氏名およびその登録番号 |

備考

・変更内容が分かる書類を添付してください。