様式第2号(第3条関係)

変更届出書

年　　　月　　　日

　高鍋町長　様

所在地

事業者　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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(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 | 事業所の名称及び所在地 | (変更前) | | | | | | | | |
| 2 | 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| 3 | 申請者の定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |
| 4 | 本体施設の概要並びに本体施設との移動経路及び方法並びにその移動に要する時間 |
| 5 | 併設する施設の概要 |
| 6 | 事業所が病院若しくは診療所又はその事業のいずれかの別 |
| 7 | 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 |
| 8 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | (変更後) | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約内容を含む。） |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援の体制の概要 |
| 12 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 |
| 13 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 14 | 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 |
| 15 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |

備考　1　該当項目番号に○を付してください。

　　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。