様式第3号(規格A4)(第4条関係)

変更届出書

年　　月　　日

みどり市長　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・施設の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所・施設の所在地 |
| 3 | 事業者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| 6 | 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。) |
| 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、生年月日及び住所 |
| 9 | 運営規程 | (変更後) | | | | | | | | | | |
| 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、介護医療院、病院等との連携・支援体制 |
| 12 | 連携する訪問看護を行う事業所の名称等 |
| 13 | 事業所の病院、診療所等の別 |
| 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 | 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。