様式第2号(第3条関係)

変更届出書

(あて先)三芳町長

年　　　月　　　日

所在地

事業者　名称

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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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)の名称及び所在地 | 【変更前】 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 法人(申請者)の名称及び主たる事務所の所在地 |
| 3 | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| 4 | 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| 5 | 事業所の種別 |
| 6 | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路及び方法並びに移動に要する時間 |
| 7 | 併設する施設(事業所)の概要等 |
| 8 | 提供する居宅療養管理指導の種類 |
| 9 | 事業の実施形態(本体施設が特別養護老人ホーム等の場合の単独型・空床利用型・併設型の別) |
| 10 | 事業所(施設)の建物構造、平面図、設備の概要及び専用区画等 |
| 11 | 備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。) |
| 12 | 入院患者又は入所(利用)者の定員 | 【変更後】 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 14 | 福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託先の状況) |
| 15 | サービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 16 | 運営規程 |
| 17 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関の名称及び診療科目並びに契約内容 |
| 18 | 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 |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 20 | 計画作成担当者の氏名、経歴等 |
| 21 | 法人事務所・事業所(施設)の電話番号及びFAX番号 |
| 22 | 連携する指定訪問看護事業所の概要(名称及び所在地) |
| 23 | その他の内容 |
| 変更年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |

備考　1　該当する事項の番号に「○」を記載してください。

　　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。

　　　3　変更の日から10日以内に届け出てください。