変　更　届　出　書

年　　月　　日

　西之表市長　様

主たる住所の所在地

届出者　名称

代表者の氏名

　次のとおり指定を受けた内容に変更があったので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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・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、生年月日及び住所 |
| 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・施設の平面図又は設備の概要 |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 | （変更後） | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | 協力医療機関の名称若しくは診療科又は当該協力医療機関との契約内容 |
| 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及びその登録番号 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |

備考１　該当する事項の番号を「○」で囲むこと。

　　２　変更の内容が確認できる書類を添付すること。