様式第２号（第３条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　《地域密着型サービス用》

変　更　届　出　書

　　　　年　　月　　日

恵那市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　頂 | | | 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 | 代表者の氏名、生年月日及び住所 | |
| 6 | 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。） | |
| 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 | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | （変更後） | | | | | | | | | |
| 10 | 運営規程 | |
| 11 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | |
| 12 | 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 | |
| 13 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | |
| 14 | 併設施設の状況等 | |
| 15 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 | |
| 16 | その他（メールアドレス、電話番号、FAX番号等） | |
|  | 変　更　年　月　日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |

備考

1. 該当番号に○を付してください。
2. 付表を添付してください。
3. 変更内容がわかる書類を添付してください。（変更届添付書類一覧参照）
4. 変更した日から10日以内に届け出てください。