変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　宇陀市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 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、住所及び職名 |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその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、専用区画等又は平面図 |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名、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（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 | 地域密着型介護サービス費又は介護予防サービス計画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 | 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 |
| １７ | その他 |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考

　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　２　変更内容が確認できる書類を添付してください。