様式第２号（第３条関係）

変更届出書

年　　月　　日

志布志市長　　　　　様

事業者　所在地

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、住所及び職名 |
| ６ | 定款等及びその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及び住所 |
| 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 | （変更後） |
| 12 | 地域密着型介護サービス費、居宅介護サービス計画費、地域密着型介護予防サービス費及び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 | 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 |
| 18 | 事業所の種別 |
| 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。

３　変更の日から10日以内に届け出てください。