変　更　届　出　書

年　　月　　日

西海市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　事業（開設）者（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （名称及び代表者職・氏名）　　　　　　　　　印

次のとおり指定（許可）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 | 事業（開設）者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の職・氏名、生年月日及び住所 |
| 6 | 登記事項証明書、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、専用区画及び平面図 |
| 8 | 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。） |
| 9 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所（介護老人保健施設、介護医療院は、事前に承認を受ける） |
| 10 | サービス提供責任者の氏名・住所及び経歴 |
| 11 | 運営規程 |
| 12 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容 |
| （変更後） |
| 13 | 事業所の種別(訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション（いずれも介護予防サービス含む）に限る) |
| 14 | 提供する居宅療養管理指導の種類 |
| 15 | 事業実施形態（単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の空床利用型・併設型の別） |
| 16 | 入院患者又は入所者の定員(空床利用型の短期入所生活介護、短期入所療養介護（いずれも介護予防サービス含む）に限る) |
| 17 | 福祉用具の保管及び消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
| 18 | 併設施設の状況等 |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 20 | その他 |
| 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。