様式第２号

**変　更　届　出　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　安　来　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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、住所及び職名 |
| 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 | （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、病院等との  連携・支援体制 |
| １２ | 地域密着型介護サービス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 |  | | | | | | | | | | | |
| 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　変更内容が分かる書類を添付してください。