

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 変更届出書

年 月 日

御 殿 場 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 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、本体施設との移転経路等 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 併設施設の状況等 | | | | | | | | | | | | | |
| 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。