変　更　届　出　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

渋　川　市　長　　様

所在地

事業(開設)者 名　称

代表者職・名前　　　　　　　　　　　　　　㊞

　渋川市介護予防・生活支援サービス（介護予防訪問・通所介護相当サービス）実施要綱の規定により、指定を受けた内容を変更しましたので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所等 | 名称 |
| 　　　（〒　　　　－　　　　）所在地　 |
| サ ー ビ ス の 種 類 |  |
| 変更があった事項（該当に○） | 変　更　の　内　容 |
|  | 事業所（施設）の名称 | （変更前） |
|  | 事業所（施設）の所在地 |
|  | 事業者（開設者）の名称 |
|  | 主たる事務所の所在地 |
|  | 代表者の名前、生年月日及び住所 |
|  | 登記事項証明書･条例等（当該事業に関するものに限る。） |
|  | 事業所（施設）の建物の構造概要及び平面図  |
|  | 事業所（施設）の管理者の名前、生年月日及び住所 |
|  | サービス提供責任者の名前、生年月日及び住所 |
|  | 運営規程 | （変更後） |
|  | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
|  | 事業所の種別 |
|  | 利用者、入所者又は入院患者の定員 |
|  | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携及び支援体制の概要 |
|  | 福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
|  | 併設施設の概要等 |
|  | 本体施設の概要，本体施設との移動経路等 |
|  | 介護支援専門員の名前及びその登録番号 |
|  | 連携する訪問看護事業所の名称及び所在地 |
| 変　　更　　年　　月　　日 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 届 出 書 担 当 者 |  | 連　絡　先 |  |

備考　該当項目に○印を付すこと。

添付書類　変更内容が分かる書類