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