

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

大河原町長 殿

所在地
申請者 名称 印
代表者職氏名

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	申請者の名称													
4	主たる事務所の所在地													
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名													
6	定款・寄付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、生年月日、住所及び経歴													
9	運営規程													
10	協力医療機関 (病院) ・協力歯科医療機関	(変更後)												
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、生年月日及び住所													
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													
17	事業所・施設の電話番号、ファクシミリ番号													
18	計画作成担当者の氏名、生年月日、住所及び経歴													
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。