様式第２号（第３条関係）

**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

　　中新川広域行政事務組合　管理者 様

所在地

事業者　名称

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 | 登記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 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 | |
| 13 | その他 | |
| 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。