様式第２号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

変更届出書

年　　月　　日

香美市長　　様

所在地

申請者　名称

代表者（職・氏名）　　　　　　　　　　　印

次のとおり指定（許可）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（許可）内容を変更した  事業所（施設） | 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 郵便番号（　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 変更に係るサービスの種類 |  | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | | | 変更の内容 | | | | | | | | | |
| １　事業所（施設）の名称又は所在地（開設の場所）  ２　申請（開設）者の名称又は主たる事務所の所在地  ３　代表（開設）者の氏名、生年月日、住所又は職名  ４　定款、寄附行為等若しくはその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。）  ５　建物の構造概要又は平面図（用途の明示）  ６　設備又は備品の概要  ７　サテライト型施設の場合は、本体施設概要又は移動の経路、方法若しくは移動時間  ８　併設施設の概要等  ９　事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴  10　運営規程（重要事項説明書を含む）  11　協力医療機関（協力病院）又は協力歯科医療機関  12　事業所の種別  13　介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制又は支援体制概要  14　当該事業に係るサービス（計画）費の請求に関する事項  15　役員の氏名、生年月日又は住所  16　計画作成担当者の氏名又は住所  17　介護支援専門員の氏名又は登録番号 | | | | （変更前） | | | | | | | | | |
| （変更後） | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |

備考

　１　「変更があった事項」欄は、該当する項目の番号を○で囲んでください。

２　変更の内容が分かる書類を添えてください。

３　指定（許可）を受けた内容を変更したときは、速やかに届け出てください。