変　 更　 届　 出　 書

年　　月　　日

　（届出先）標茶町長

 住　所

 　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、主たる事務所の所在地

並びに名称及び代表者の氏名

　介護保険法第78条の２第１項（第79条・第115条の12第１項）の規定により、指定（許可）を受けた内容を次のとおり変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 | 主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所及び職名 |
| ５ | 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。） |
|  |
| ６ | 事業所（施設）の建物構造、専用区画等 |
| ７ | 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る｡) |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所（介護老人保健施設、介護医療院にあっては、管理者の住所のみの変更があった場合に限る。） |
| ９ | サービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 10 | 運営規程 |
| （変更後） |
| 11 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| 12 | 事業所の種別 |  |
| 13 | 提供する居宅療養管理指導の種類 |
| 14 | 事業の実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別） |  |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 |  |
| 16 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制 |
| 17 | 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） |
| 18 | 併設施設の状況等 |
| 19 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 20 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 21 | 利用者の推定数 |
| 変　更　年　月　日 | 　　年　　月　　日 |

　備考　１　該当する事項の番号に○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。