

変更届出書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

所在地

事業(開設)者 名 称

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(許可)内容を変更した事業所(施設) | | 名称 | | | | | | | | | |
| | | (郵便番号 -) | | | | | | | | | |
| | | 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 | 事業者(開設者)の名称 | | | | | | | | | | |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | |
| 5 | 代表者の名前、生年月日、住所及び職名 | | | | | | | | | | |
| 6 | 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所(施設)の建物の構造概要及び平面図 | | | | | | | | | | |
| 8 | 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。) | | | | | | | | | | |
| 9 | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所(介護老人保健施設を除く。) | | | | | | | | | | |
| 10 | サービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | |
| 11 | 運営規程 | (変更後) | | | | | | | | | |
| 12 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | | | | | | | | | | |
| 13 | 事業所の病院、診療所、薬局、介護老人保健施設等の種別 | | | | | | | | | | |
| 14 | 入院患者又は入所者の定員 | | | | | | | | | | |
| 15 | 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 | | | | | | | | | | |
| 16 | 福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況) | | | | | | | | | | |
| 17 | 併設施設の概要等 | | | | | | | | | | |
| 18 | 本体施設の概要、本体施設との移動経路等 | | | | | | | | | | |
| 19 | 役員の名前、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 | 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 該当項目番号に○印を付すこと。

添付書類 変更内容が分かる書類