第２号様式(第６条第１項)

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っては、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