

変更届出書

年 月 日

西条市長 様

所在地
 (個人にあっては、住所)
 申請者 名 称
 代表者職・名前
 (個人にあっては、名前)

印

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									
		(ー)									
		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)の管理者の名前、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名前、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	介護支援専門員の名前及びその登録番号										
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