変　更　届　出　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

石　井　町　長　　様

所在地

（個人にあっては，住所）

事業(開設)者 名　称

代表者職・名前　　　　　　　　　　　　　　㊞

（個人にあっては，名前）

　石井町介護予防・日常生活支援総合事業(介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービス等)実施要綱の規定により，指定（許可）を受けた内容を変更しましたので，次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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　 |
| 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