様式第2号（第3条関係）

**変更届出書**

年　　　月　　　日

直方市長　　　　　　　　様

所在地

事業者　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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  事業者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定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 | 申請者の名称 | |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | |
| 5 | 代表者の氏名、住所及び職名 | |
| 6 | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（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、専用区画等 | |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | |
| 9 | サービス提供責任者の氏名及び住所等 | |
| 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 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制 | |
| 14 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | |
| 15 | 役員の氏名及び住所 | |
| 16 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | |
| 17 | 併設施設の状況等 | |
| 18 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考１　該当項目番号に〇を付してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。