変　更　届　出　書

年　　月　　日

（宛先）玉村町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　次のとおり指定を受けた内容を変更したので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
| 変更のあった事項 | 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 | 事業者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
| ６ | 登録事項証明書及び条例等（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 | 備品（訪問入浴介護（予防含む）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（介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。） | （変更後） |
| 10 | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 11 | 運営規程 |
| 12 | 協力医療機関（病院）、協力歯科医療機関 |
| 13 | 事業所の種別 |
| 14 | 提供する居宅療養管理指導の種類 |
| 15 | 事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型、空床利用型、併設型の別） |
| 16 | 利用者、入所者又は入院患者の定員 |
| 17 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携、支援の体制 | （変更の理由等） |
| 18 | 福祉用具の保管、消毒方法（委託している場合にあっては、契約内容及び委託先の状況） |
| 19 | 併設施設の状況等 |
| 20 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 21 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

備考１　該当する項目の番号に○を付してください。

　　２　＊については、当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所又は施設がある場合は、当該事務所又は当該施設を含みます。

　　３　変更内容がわかる書類を添付してください。

　　４　通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所生活療養介護又は特定施設入居者生活介護の利用者の定員を増加した場合は、当該事業に係る勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。

　　５　管理者を変更した場合は、誓約書を添付してください。