様式第３号(第４条関係)

**変更届出書**

年　　　月　　　日

（あて先）玉村町長

所在地

申請者　法人名

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | 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 | 事業所の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所の所在地、電話、FAX |
| 3 | 事業者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地、電話、FAX |
| 5 | 代表者の氏名、生年月日、住所 |
| 6 | 登記事項証明書、条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| 7 | 事業所の建物構造 |
| 8 | 備品（訪問入浴介護事業に限る） |
|
| 9 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所 | (変更後) | | | | | | | | | | |
| 10 | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所 |
| 11 | 運営規程 |
| 12 | 協力医療機関、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 |
| 16 | 定員 | （変更理由） | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 18 | 福祉用具の保管、消毒方法 |
| 19 | 併設施設の状況 |
| 20 | 介護支援専門員の氏名、その登録番号 |
| 21 | その他 |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目番号に○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。