様式第4号（第3条関係）

　　　年　　月　　日

　身延町長　様

所在地

届出者　　名　　称　　　　　　　　　　　㊞

代表者名

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所　変更届出書

　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（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（開設者）の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名、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、専用区画及び設備の概要 |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 協力（歯科）医療機関の名称、診療科目及び契約内容 | （変更後） |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援体制の概要 |
| 12 | 地域密着型介護（予防）サービス費の請求に関する事項 |
| 13 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 15 | 本体施設の概要、本体施設との移動経路、方法及びその移動に要する時間 |
| 16 | 併設施設の概要 |
| 17 | 連携する訪問看護事業所の名称及び所在地 |
| 18 | 事業所が病院、診療所、その他の事業所の別 |
| 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。