様式第２号（第３条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　　　平戸市長　様

所　在　地

事業者　名　　　称　　　　　　　　　印

代表者氏名

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 | 主たる事業所・施設の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ６ | 定款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 | （変更後） | | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 |  | | | | | | | | | |
| 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |  | | | | | | | | | |
| 11 | 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 |  | | | | | | | | | |
| 12 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 |  | | | | | | | | | |
| 13 | 役員の氏名及び住所 |  | | | | | | | | | |
| 14 | 介護支援専門員の氏名等 |  | | | | | | | | | |
| 15 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |  | | | | | | | | | |
| 16 | 併設施設の状況等 |  | | | | | | | | | |
| 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。