**変　更　届　出　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　年　　　月　　　日

　　　　　三股町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【　申　請　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 | |
| 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 | （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 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| １５ | 併設施設の状況等 |
| １６ | 介護支援専門員の氏名等  ※介護支援専門員変更登録票を添付すること |
| 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。