様式第2号(第3条関係)

年　　月　　日

　あきる野市長　殿

所在地

事業者　名称

代表者名　　　　　　　　　　印

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 | |  | |
| 番号 | 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、生年月日、住所及び職名 |
| 6 | 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・施設の平面図 |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 | (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 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 13 | 併設施設の状況等 |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 15 | その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | |

備考

　1　該当項目番号に○印を付してください。

　2　変更内容が分かる書類を添付してください。