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

年　　月　　日

　　　須賀川市長

住　所

申請者　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 | 事業者・施設の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業者・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 | 申請者の定款・寄附行為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 | 事業者・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 | 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。