様式第　号（第　条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　　　伊方町長

所在地

申請者　　名　称

代表者職・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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 法人番号　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所等 | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 変更年月日 | 　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 変更があった事項（該当に○） | 変更の内容 |
|  | 事業所（施設）の名称 | （変更前） |
|  | 事業所（施設）の所在地 |
|  | 申請者の名称 |
|  | 主たる事務所の所在地 |
|  | 法人等の種類 |
|  | 代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名 |
|  | 登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） |
|  | 共生型サービスの該当有無 |
|  | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 |
|  | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | （変更後） |
|  | 運営規程 |
|  | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
|  | 事業所の種別等 |
|  | 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 |
|  | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
|  | 併設施設の状況等 |
|  | 連携する訪問看護を行う事業所の名称 |
|  | 連携する訪問看護を行う事業所の所在地 |
|  | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |

備考　１　「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。

２　「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。