様式第２号（第３条関係）

　　年　　月　　日

川南町長　様

所在地

事業者　　名　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

変　更　届　出　書

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 | 主たる事務所の所在地 | |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | |
| ６ | 申請者・開設者の登録事項証明書又は条例等 | |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するものとする。）並びに設備の概要 | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所 | |
| ９ | 運営規程 | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| 14 | 連携する訪問看護事業所の名称及び所在地 | |
| 15 | 事業所の病院・診療所・その他の別 | |
| 16 | その他 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 平成　　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。