様式第3号

　　年　　月　　日

　　昭和町長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名　　　称　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

変　更　届　出　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり | 指定居宅介護支援事業所 | の指定を受けた内容を変更しましたので届け |
| 指定介護予防支援事業所 |
| 出ます。 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | |
| 1 | 事業所の名称 | （変更前） | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所の所在地 |
| 3 | 事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地 |
| 4 | 代表者の職名・氏名・生年月日・住所 |
| 5 | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| 6 | 事業所の平面図 | （変更後） | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所の管理者の氏名・生年月日・住所・経歴 |
| 8 | 運営規程 |
| 9 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関との連携 |
| 10 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携 |
| 11 | サービス計画費の請求に関する事項 |
| 12 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 13 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 14 | その他 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |

備考

　１　該当項目番号に○を付けてください。

　２　変更内容が分かる書類を添付してください。