様式第３号(第２条関係)

変更届出書

年　　月　　日

十和田市長　様

所在地

事業者　　名称

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 | 事業所（施設）の名称、所在地、電話番号、FAX番号 | (変更前) | | | | | | | | |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地 |
| 3 | 代表者の氏名、生年月日、住所、職名 |
| 4 | 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。) |
| 5 | 建物の構造概要 |
| 6 | 事業所の平面図 |
| 7 | 設備の概要 |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所、経歴 | (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 |
| 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。