様式第７号(第６条関係)

年　　月　　日

指定事項変更届出書

　　　利府町長　宛

申請者の所在地

申請者の名称　　　　　　　印

　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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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(開設者)の氏名 |
| 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)の定款・寄附行為等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 | 事業所の平面図及び設備の概要 |
| 8 | 建物の構造の概要及び平面図並びに設備の概要 |
| 9 | 本体施設の概要並びに施設と本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動に要する時間 |
| 10 | 併設する施設の概要 | (変更後) |
| 11 | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 12 | 運営規程 |
| 13 | 協力医療機関(協力歯科医療機関)の名称及び診療科名並びに契約の内容 |
| 14 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制又は支援体制の概要 |
| 15 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 |
| 16 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 17 | 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、変更前の内容と変更後の内容をそれぞれ記載してください。

2　変更内容がわかる書類を添付してください。

3　各サービス事業所の指定に係る事項の付表に最新の状況を記載し添付してください。