様式第２号（第５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

変更届出書

年　　月　　日

筑西市長　　様

（事業所）所在地

　名称

代表者名

指定を受けた内容を変更したので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | |
| 名称 | |  | | | | |
| 所在地 | |  | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  | |
| E-mail |  | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | 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、住所及び職名 | | |
| 6 | 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。） | | |
| 7 | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | | |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | | | （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 | | |  | | |
| 15 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  | | |
| 変更年月日 | | | | 年　　月　　日 | | |

備考　⑴　「受付番号」欄には、記載しないでください。

⑵　該当項目番号に「○」を付してください。

⑶　変更内容が分かる書類を添付してください。

⑷　変更のあった事項のうち1、2、7から10まで及び12、13の事項の変更の場合には、指定(許可)を受けた際に申請書に添付した付表を、変更があった事項を修正のうえ添付してください。

⑸　8及び14の事項の変更の場合には、従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。