様式第２号（第３条関係）

**変　更　届　出　書**

年　　月　　日

　嵐山町長　　様

 　　　所在地

 　　　　　　　　　　申請者　　名　称 印

 　　　　　　　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等 | 名称　 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 変更年月日 | 年　　月　　　日 |
| 変更があった事項（該当に○） | 変更の内容 |
| 　 | 事業所（施設）の名称 | （変更前） |
| 　 | 事業所（施設）の所在地 |
| 　 | 申請者の名称 |
| 　 | 主たる事務所の所在地 |
| 　 | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
| 　 | 登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| 　 | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 |
| 　 | 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業） |
| 　 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所（介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。） |
| 　 | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 　 | 運営規程 |
| 　 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| 　 | 事業所の種別　 |
| 　 | 提供する居宅療養管理指導の種類 | （変更後） |
| 　 | 事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別） |
| 　 | 利用者、入所者又は入院患者の定員 |
| 　 | 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 |
| 　 | 福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
| 　 | 併設施設の状況等 |
| 　　 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 　 | 当該申請に係る事業の請求に関する事項 |
| 備考　　変更内容がわかる書類を添付してください。 |