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。 | | | | | | | | | | | | | | |