様式第２号（第３条関係）

変　　更　　届　　出　　書

　　年　　月　　日

　　くすのき広域連合長　殿

所　在　地

事 業 者　名　　　称

代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　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、FAX番号 | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 申請者の名称 |
| ３ | 主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ５ | 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。） |
| ６ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 |
| ７ | 事業所・施設の管理者の氏名、住所及び経歴 |
| ８ | 運営規程 |
| ９ | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | （変更後）  「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービス）」のとおり | | | | | | | | | | |
| 10 | 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 |
| ⑪ | 介護（介護予防）給付費算定に係る体制 |
| 12 | 役員の氏名及び住所 |
| 13 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 14 | 併設施設の状況等 |
| 15 | その他 |
| 変 更 年 月 日 | | 令和３年４月１日 | | | | | | | | | | |
| 変更理由  　介護報酬算定基準の改定があったため | | | | | | | | | | | | |

　　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。