

第4号様式

変更届出書

(地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防支援、居宅介護支援事業者用)

年 月 日

八幡市長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・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。

|                |                                    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|----------------|------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
|                |                                    | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                |                                    | 法人番号      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
| 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、住所及び職名            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 登記事項証明書・条例等<br>(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                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴         | (変更後)     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 運営規程                               |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等<br>との連携・支援体制 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 本体施設、本体施設との移動経路等                   |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 併設施設の状況等                           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 連携する訪問看護を行う事業所の名称                  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 連携する訪問看護を行う事業所の所在地                 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|                | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号                 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |   |