様式第2号(第4条関係)

変更届出書

年　　月　　日

　笛吹市長　　様

法人代表者　　住所(所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

　　次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | | (変更前) | | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所(施設)の所在地 | |
| 3 | 主たる事務所の所在地 | |
| 4 | 代表者(開設者)の氏名及び住所 | |
| 5 | 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。) | |
| 6 | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 | |
| 7 | 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所  (介護老人保健施設を除く。) | |
| 8 | 運営規程・重要事項説明書 | |
| 9 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | |
| 10 | 事業実施形態(グループホームの短期利用型の別) | | (変更後) | | | | | | | | | | | |
| 11 | 入院患者又は入所者の定員 | |
| 12 | 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 | |
| 13 | 併設施設の状況等 | |
| 14 | 計画作成担当者又は介護支援専門員の氏名及び登録番号 | |
| 15 | その他 | |
| 変更年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 担当者 | 職名 |  | 連絡先 |  | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  |

備考　1　該当項目に○をしてください。

　　　2　変更内容の分かる書類を添付してください。