様式第３号（第８条関係）

指定内容の変更届出書

　　令和　　年　　月　　日

胎内市長　井畑　明彦　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

申請者　法人名

　代表者職・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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | 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 | 申請者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| 6 | 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。） |
| 7 | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| 11 | 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 |
| 12 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 13 | 併設施設の状況等 |
| 変更年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

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。

※　事業所が法人以外の開設する病院、診療所又は薬局であるときは、申請者欄の「名称」を「氏名」、「主たる事務所の所在地」を「住所」、「代表者」を「開設者」に読み替え、「法人の種別（及び法人所轄庁）」欄の記載を要しない。