様式第２号(第３条関係)

変更届出書

年　　月　　日

(宛先)

　鳴門市長

所在地

事業者　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、鳴門市指定地域密着型サービス事業所等の指定等に関する規則第3条の規定により、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 | (変更前) | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所・施設の所在地 |
| 3 | 申請者・開設者の名称及び主たる事務所の所在地 |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| 5 | 申請者の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、設備の概要 |
| 7 | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 |
| 8 | 運営規程 | (変更後) | | | | | | | | | | |
| 9 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 |
| 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 | 介護給付費算定に係る体制等状況 |
| 12 | 本体施設の概要、本体施設との移動経路等 |
| 13 | 併設施設の概要 |
| 14 | 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 |
| 15 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号、計画作成担当者・計画作成責任者の氏名 |
| 変更年月日 | | 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。