様式第３号（第４条関係）

変　更　届　出　書

年　　月　　日

　島根県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　事業者（開設者）　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者職・氏名）　　　　　　　印

　次のとおり指定（許可）に係る事項を変更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（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、生年月日及び住所 |
| 5 | 定款・寄附行為及びその登記事項証明書・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 | 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業） |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 |
| 9 | サービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| 12 | 事業所の種別 |
| 13 | 提供する居宅療養管理指導の種類 | （変更後） |
| 14 | 事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別） |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 |
| 16 | 福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
| 17 | 併設施設の状況等 |
| 18 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 20 | その他 |
| 変　更　年　月　日 | 平成　　年　　月　　日 |

備考　１「変更事項」欄は、該当する項目番号に「○」を付してください。

　　　２　変更内容が確認できる書類を添付してください。