様式第３号（第３条関係）

指定地域密着型サービス事業者

指定地域密着型介護予防サービス事業者　　変更届出書

指定介護予防支援事業者

　　　　年　　月　　日

　那珂市長　様

所在地

事業者　名　称

代表者の職・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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | フリガナ |  |
| 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（開設者）の名称 |
|  | 申請者（開設者）の主である事務所の所在地 |
|  | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
|  | 登記事項証明書、条例等（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、生年月日及び住所 |
|  | 運営規程 |
|  | 協力医療機関（病院）及び協力歯科医療機関 | （変更後） |
|  | 併設施設の状況（介護保険施設に限る。） |
|  | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
|  | 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 |
|  | 本体施設の概要、本体施設との移動経路等 |
|  | 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 |
|  | 事業所が病院若しくは診療所又はその他事業所のいずれかの別 |
|  | その他の事項 |

備考　変更内容の分かる書類を添付してください。