日高市 変更届出書

年　　月　　日

（あて先）日高市長

所　 在　 地

届出者　　名　　　　称

代表者職氏名

次のとおり指定を受けた内容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 | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、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、生年月日、住所及び経歴 |
| ９ | 運営規程 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関の名称、契約の内容等 |
| 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 | 連携する訪問看護事業所の名称及び所在地 |
| 13 | 本体施設の概要、本体施設との移動経路等 |
| 14 | 併設施設の概要等 |
| 15 | 病院、診療所又はその他の事業所の別 |
| 16 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考１　該当項目番号に〇を付してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

３　事業所・施設の管理者の経歴は、介護保険法施行規則に定める届出が必要なサービス事業者のみ届け出てください。