

様式第3号（第4条関係）

変更届出書

平成 年 月 日

（あて先）小田原市長

所在地
申請者 名称
代表者氏名

印

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 （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）の名称及び所在地					（変更前）					
2	申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地										
3	代表者の氏名、住所及び職名										
4	定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等 （当該事業に関するものに限る。）										
5	事業所（施設）の建物の構造及び設備の概要、平面図										
6	事業所（施設）の管理者の氏名、住所及び経歴										
7	運営規程										
8	協力医療機関及び協力歯科医療機関					（変更後）					
9	介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び病院等との 連携・支援体制										
10	地域密着型介護（予防）サービス費の請求に関する事項										
11	役員の氏名、住所及び生年月日										
12	事業所の別										
13	本体施設及び付属施設の概要 本体施設との移動経路、方法及び所要時間										
14	介護支援専門員の氏名、登録番号										
15	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 （介護保険法第8条第15項第2号該当のみ）										
変更年月日						平成 年 月 日					

- 備考 1 該当項目番号に○を付し、変更内容が分かる書類を添付してください。
- 2 サービス利用者の増加に伴う変更については、事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。
- 3 地域密着型介護（予防）サービス費の請求に関する事項に係る変更については、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」も提出してください。
- 4 管理者及び役員の変更については、誓約書を添付してください。