**様式第３号**（第４条関係）

変更届出書

　　年　　月　　日

（あて先）小田原市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開設者 | 所在地 |  | 印 |
| 名称 |  |
| 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等 | | 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(該当に〇) | | | 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 | |
|  | 申請者の名称 | |
|  | 主たる事務所の所在地 | |
|  | 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)・協力歯科医療機関 | | （変更後） | | | | | | | | | | |
|  | 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、本体施設との移動経路等 | |
|  | 併設施設の状況等 | |
|  | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | |