様式第２号（第４条関係）

変　更　届　出　書

年　月　日

志布志市長　　　　　　　　　　様

事業者　所在地

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（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、住所及び職名 | |
| ６ | 定款等及びその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及び住所 | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 | |
| 10 | 協力医療機　関（病　院）・協力歯科医療機関 | |
| 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 | 第１号事業費の請求に関する事項 | |
| 13 | 役員の氏名及び住所 | |
| 14 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | |
| 15 | 併設施設の状況等 | |
| 変更年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目番号に○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　変更の日から10日以内に届け出てください。