別記様式第２号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 指定地域密着型サービス事業所  指定地域密着型介護予防サービス事業所 | 変更届出書 |

年　　月　　日

　(宛先)栃木市長

所在地

事業者

名　称

　　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 | 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 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| １３ | 併設施設の状況等 |
| １４ | その他 |
| 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。