

様式第2号（第3条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

岩泉町長 様

所在地
事業者 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。

介護保険事業者番号									
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・施設の名称又は所在地	(変更前)							
2	申請者・開設者の名称又は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記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)								
5	本体施設の概要、本体施設との移動経路等								
6	併設施設の概要								
7	事業所・施設の平面図及び建物の構造概要並びに設備の概要等								
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	地域密着型介護サービス費又は地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項								
13	役員の氏名及び住所								
14	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地								
15	介護支援専門員の氏名、生年月日及びその登録番号								
16	その他の事項								
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 利用定員の変更に伴うものにあつては、それぞれ当該地域密着型サービス及び地域密着型介護予防サービスに係る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。
 - 4 管理者又は役員の変更に伴うものは、法第78条の2第4項各号若しくは基準条例第3条又は法第115条の12第2項各号若しくは予防基準条例第3条に該当しないことを誓約する書面を添付してください。
- (A4)