様式第４号（第６条関係）

（表）

変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

袋井市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 電話 |  |
| サービスの種類 |  |
| 変更事項 | 変更内容 |
| １ | 事業所の名称及び所在地 | （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（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
| ４ | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書 |
| ５ | サービスの種別 |
| ６ | サービス提供定員数 |
| ７ | 事業所の平面図 |
| ８ | 事業所の平面図並びに設備及び備品の概要 |
| ９ | 事業所の平面図（各室の用途を明示したもの）及び設備の概要 |
|  |
| （裏） |
| 10 | 建物の構造概要及び平面図（各室の用途を明示したもの）並びに設備の概要 | （変更後） |
| 11 | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 |
| 12 | 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所 |
| 13 | 運営規程 |
| 14 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関の場合は、その名称及び当該歯科医療機関との契約の内容） |
| 15 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 16 | サービス費の請求に関する事項 |
| 17 | その他 |
| 変更年月日　 | 年　　月　　日 |

（注）

１　変更事項の該当項目番号を〇で囲むこと。

２　変更内容が分かる書類を添付すること。