様式第２号（第３条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　甲賀市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

申請者　名称　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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等 | | 名称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項（該当に○） | | 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 |
|  | 登録事項証明書又は条例等(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 | (変更後) | | | | | | | | | | | |
|  | 運営規程 |
|  | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 |
|  | 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 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

備考　変更内容が分かる書類を添付してください。