様式第６号（第１１条関係）

介護予防・生活支援サービス事業者指定内容変更届出書

　　　年　　月　　日

臼杵市長あて

所在地

届出者　　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 | 所在地 |
| 名称 |
| 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 | 事業所の所在地（開設の場所） |
| ３ | 申請者（開設者）の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、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、生年月日及び住所 |
| ９ | 運営規程 | （変更後） |
| 10 | 協力医療機関（病院）又は協力歯科医療機関との契約の内容等 |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援の体制 |
| 12 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 13 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 14 | 併設施設の状況等 |
|  | 　　　　変更年月日 | 　　　　年　　月　　日 |

　(注)　　１　該当項目番号に○印を付けてください。

　　２　変更の内容が分かる書類を添付してください。