様式第５号（第７条関係）

小川町介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　　月　　　日

　小川町長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　事業者　　 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 | 定款等の写し及びその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。） |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 |
| ９ | 運営規程 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 10 | 協力医療機関・協力歯科医療機関の名称（診療科名）及び契約内容 |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制の概要 |
| 12 | 介護予防・日常生活支援総合事業費の請求に関する事項 |
| 13 | 役員の氏名及び住所 |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 |
| 15 | 本体施設の概要並びに本体施設との間の移動経路及び方法並びに移動に要する時間 |
| 16 | 併設施設の概要 |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。