別記第２号様式（第３条関係）

指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所　変更届出書

年　　月　　日

富良野市長　様

住　所

事業者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに

名称及び代表者の氏名）

　　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、生年月日及び住所 |
| 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・施設の建物の構造概要、平面図、設備の概要、及び専用区画等 |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 | （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 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 13 | 併設施設の状況等 |
| 14 | 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　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。

　　　　３　変更の日から10日以内に届け出てください。