第3号様式

年　　月　　日

綾川町長　殿

届出者　住　所

氏　名

法人にあっては、主たる事務所の

所在地、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、介護保険法第75条第1項（第82条第1項、第89条、第99条第1項、第111条、第115条の5第1項）の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |
| 所在地電話番号（　　　　）　　　－ |
| 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 | 主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ５ | 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| ６ | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 |
| ７ | 備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。) |
| ８ | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴(介護老人保健施設を除く。) |
| ９ | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | 協力医療機関又は協力歯科医療機関 | (変更後) |
| 12 | 事業所の種別 |  |
| 13 | 提供する居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の種類 |
| 14 | 事業実施形態(本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型･空床利用型･併設型の別) |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 |
| 16 | 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 |
| 17 | 福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
| 18 | 併設施設の状況等 |
| 19 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 20 | 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 |
| 担当者名（連絡先　電話番号） |  |

備考　１変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。

２変更内容が分かる書類を添付してください。

３氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

（記入例）

第3号様式

平成■年○月◎日

綾川町長　殿

届出者　住　所　香川県綾歌郡綾川町滝宮〇番地〇

　　　　　　　株式会社〇〇

氏　名　代表取締役　〇〇　〇

法人にあっては、主たる事務所の

所在地、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、介護保険法第75条第1項（第82条第1項、第89条、第99条第1項、第111条、第115条の5第1項）の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 指定内容を変更した事業所(施設) | 名　称　〇〇居宅介護支援事業所 |
| 所在地　香川県綾歌郡綾川町滝宮〇番地〇電話番号（087）〇〇〇－〇〇〇〇 |
| サービスの種類 | 居宅介護支援 |
| 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 | 主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ５ | 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| ６ | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 |
| ７ | 備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。) |
| ８ | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴(介護老人保健施設を除く。) |
| ９ | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | 協力医療機関又は協力歯科医療機関 | (変更後) |
| 12 | 事業所の種別 |  |
| 13 | 提供する居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の種類 |
| 14 | 事業実施形態(本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型･空床利用型･併設型の別) |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 |
| 16 | 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 |
| 17 | 福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
| 18 | 併設施設の状況等 |
| 19 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 20 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 変　　更　　年　　月　　日 | 　　　平成■年○月●日 |
| 担当者名（連絡先　電話番号） | 〇〇　〇（087－〇〇〇-〇〇〇〇） |

備考　１変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。

２変更内容が分かる書類を添付してください。

３氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。