別記様式第２号（第８条の３関係）

介護予防・日常生活支援サービス事業所指定変更届出書

年　　月　　日

上三川町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　開設（事業）者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者番号 |  |
| 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  第３条各号に掲げるいずれかの事業 | | |  |
| 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、生年月日及び住所 | |
| 5 | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 | |
| 6 | 備品 | |
| 7 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 | |
| 8 | サービス提供責任者の氏名及び住所 | |
| 9 | 運営規程 | |
| 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | |
| 11 | 事業所の種別 | |
| 12 | 提供する居宅療養管理指導の種類 | |
| 13 | 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） | | （変更後） |
| 14 | 入院患者又は入所者の定員 | |
| 15 | 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 | |
| 16 | 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） | |
| 17 | 併設施設の状況等 | |
| 18 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | |
| 19 | その他 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　　　　月　　　　　　日 |

備考１　該当項目番号に○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。