

変更届出書

年 月 日

熊本県知事 様

住所
 事業(開設)者 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者職名・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	別紙	の	と	お	り			
指定内容を変更した事業所等		名称 別紙のとおり								
		所在地 別紙のとおり								
サービスの種類		別紙のとおり								
変更年月日		□□年 □□月 □□日								
変更があった事項(該当に○)		変更の内容								
<input type="checkbox"/>	1 事業所(施設)の名称	(変更前)								
<input type="checkbox"/>	2 事業所(施設)の所在地	3 事業者の名称 (変更前)								
<input type="checkbox"/>	3 事業者の名称	3-2 主たる事業所の所在地 (変更前)								
<input type="checkbox"/>	3-2 主たる事務所の所在地	4 代表者の変更 氏名 ○○ ○○ 生年月日 昭和○○年○○月○○日生 住 所								
<input type="checkbox"/>	4 代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	5 登記事項の変更 (変更前)								
<input type="checkbox"/>	5 登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)	18 役員の変更 (変更前)								
<input type="checkbox"/>	6 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	20 その他(主たる事務所の電話番号及びFAX番号) (変更前)								
<input type="checkbox"/>	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)	※変更内容は、別紙添付も可								
<input type="checkbox"/>	7-2 利用者の推定数									
<input type="checkbox"/>	8 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設及び介護医療院は、事前に承認を受ける。)	(変更後)								
<input type="checkbox"/>	9 サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	3 事業者の名称 (変更後)								
<input type="checkbox"/>	10 運営規程	3-2 主たる事業所の所在地 (変更後)								
<input type="checkbox"/>	11 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	4 代表者の変更 氏名 △△ △△ 生年月日 昭和△△年△△月△△日生 住 所								
<input type="checkbox"/>	12 事業所の種別	5 登記事項の変更 (変更後)								
<input type="checkbox"/>	13 提供する居宅療養管理指導の種類	18 役員の変更 (変更後)								
<input type="checkbox"/>	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)	20 その他(主たる事務所の電話番号及びFAX番号) (変更後)								
<input type="checkbox"/>	15 利用者、入所者又は入院患者の定員									
<input type="checkbox"/>	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)									
<input type="checkbox"/>	17 併設施設の状況等									
<input type="checkbox"/>	18 役員									
<input type="checkbox"/>	19 介護支援専門員の氏名及びその登録番号									
<input type="checkbox"/>	20 その他									

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

連絡先	職名・氏名	(担当者:職氏名)
	電話番号	(連絡先の電話番号)