

変更届連絡票

(太線枠内に必要事項を記載して変更届と一緒に提出してください)

受付番号	受付簿	システム	指定番号	—							
999			事業所番号	2	7	0	0	0	0	0	0
事業所名	大手前レンタルセンター		連絡先	TEL	06(****)****						
担当者名	大阪 太郎			FAX	06(****)****						
変更内容	<input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> その他										

※該当項目を○で囲んでください。

●チェックリスト

区分	内容	チェック	審査
提出方法	変更届提出書類一覧で来庁・郵送を確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
添付書類	変更届提出書類一覧で添付書類を確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
変更届(様式5号)	事業所所在地の市(町)長宛になっていますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	変更内容を「変更の内容」欄に記載しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	変更年月日を記載しましたか。(記載例を参照して記載してください)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	届出年月日を記載しましたか。(記載例を参照して記載してください)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付表	変更のあった箇所に変更内容を記載していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格証・証明書の写	写しを添付していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
控え書類	コピーして控え書類として保管していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
返信用定形封筒(定形郵便25g以内切手貼付)	受付けた変更届については、收受印を押印した変更届受付票(兼補正書)をお送りします。		<input type="checkbox"/>

補正の有無 (有・無) (補正内容)
 提出期限 月 日 ・変更届
 処理完了 月 日 ・付表
 ・資格証

- ・登記簿謄本
- ・役員名簿、事業所一覧
- ・誓約書

収 受 印
収受印押印

受付順を示す整理番号(当課で記載)

届出を収受した日

※届出を受付した場合は、下記の受付票(兼補正書)を返信用定型封筒に入れ返送します。

受付番号	変更届受付票(兼補正書)		収 受 印	担 当
999	受付区分 (①届出完了 ②届出不備)		収受印押印	

事業所番号	27000000000	事業所名	大手前ケアプランセンター
変更内容	<input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 法人代表者等 <input type="checkbox"/> その他		

上記内容の変更届を受付けました。
 但し、下記のとおり補正等の必要がありますので、期限までに必要書類を提出してください。

【通信欄】

内 容

補正等の指示があった場合は、補正書類と一緒にこの補正書を併せて提出してください。
 (必ずコピーをとっておくこと。)

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業者の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	オオテマエレンタルセンター										
	名称	大手前レンタルセンター										
	所在地	(郵便番号****-****) 大阪市中央区大手前二丁目										
連絡先	電話番号	06 (****) *****					FAX番号	06 (****) *****				
	当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文						第 条第 項第 号					
管理者	フリガナ	オオサカ タロウ			住所・連絡先	(郵便番号****-****) 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号						
	氏名	大阪 太郎				電話番号	06 (****) ****		FAX番号	06 (****) ****		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			他の職務との兼務の状況(兼務がある場合のみ記入)							
	当該福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与事業所内での他の職務との兼務		職種	専門相談員								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の職務との兼務		事業所又は施設の名称及び事業又は施設の種類の兼務する職種及び勤務時間			特定福祉用具販売・特定介護予防福祉用具販売 管理者・専門相談員						
従業員	専門相談員											
			専従			兼務						
	常勤(人)											
	非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)											
主な揭示事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他 年間の休日		
	営業時間	平日	～				土曜	～		日・祝	～	
		備考										
	取り扱う種目(該当に○)	車いす			車いす付属品			特殊寝台				
		特殊寝台付属品			床ずれ防止用具			体位変換器				
		手すり			スロープ			歩行器				
		歩行補助つえ			認知症老人徘徊感知機器			移動用リフト				
		自動排泄処理装置			その他							
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
その他の費用												
通常の事業実施地域	①		②			③			④		⑤	
	備考											

備考 記入欄が不足する場合は、別に記入した書類を添付するこ