様式第３号（第４条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　　泉佐野市長　様

主たる事務所の所在地

申請者　　名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　指定を受けた内容を変更しますので、次のとおり届け出ます。なお、本届出に係る情報については、大阪府、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することを同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 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 | 事業所の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地 |  |
| ３ | 申請者の名称 |  |
| ４ | 申請者の主たる事務所の所在地 |  |
| ５ | 申請者の代表者の氏名、住所及び職名 |  |
| ６ | 申請者の登記事項証明書（当該事業に関するものに限る） |  |
| ７ | 事業所の平面図（第１号訪問事業の指定事業者に限る） | （変更後） |
| ８ | 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする）及び設備の概要（第１号通所事業の指定事業者に限る） |  |
| ９ | 管理者の氏名及び住所 |  |
| 10 | サービス提供責任者若しくは訪問事業責任者の氏名及び住所（第１号訪問事業の指定事業者に限る） |  |
| 11 | 運営規程 |  |
| ⑫ | 介護給付費算定に係る体制等の状況 |  |
| 変更年月日 | 令和３年４月１日　　　 |
| 変更理由令和３年度介護報酬改定にかかる届け出 |

　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。