**変　更　届　出　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　泉佐野市長　　様

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称

代表者の職名・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　次のとおり指定を受けた内容を変更しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所等 | | 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（施設）の名称 | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所（施設）の所在地 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
| ６ | 登録事項証明書・条例等  （当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 |
| １０ | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| １１ | 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 |
| １２ | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| １３ | 併設施設の状況等 |
| １４ | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| ⑮ | 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 | | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。