第2号様式（第3条関係）

**変　更　届　出　書**

　　年　　月　　日

千代田区長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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・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 | 代表者の氏名、住所及び職名 | |
| 6 | 登記事項証明書又は条例等（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・計画作成担当者の氏名及び  住所 | |
| 9 | 運営規程 | | （変更後） | |
| 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、病院等との連携体制・支援体制 | |
| 12 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | |
| 13 | 役員の氏名及び住所 | |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | |
| 15 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | |
| 16 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　月　　日 | |
| 担当者　職・氏名 | |  | 連絡先　TEL　　　　　　　　FAX | |

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。