

提出担当者	連絡先	TEL FAX
	氏名	

変更届出書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

所在地:

届出者(開設者) 名称:

代表者の職及び氏名:

指定(許可)を受けた内容を、次のとおり変更したので届け出ます。

		介護保険事業所番号	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
指定(許可)内容を変更した事業所・施設		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	事業所の所在地(施設の開設場所)								
3	申請者(開設者)の名称								
4	主たる事務所の所在地								
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名(代表者の交代を含む)								
6	登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)								
7	事業所(施設)の種別等								
8	提供する居宅療養管理指導の種類								
9	事業実施形態(空床利用事業所、併設事業所又は単独事業所の別)								
10	本体施設の概要又は本体施設との間の移動経路等								
11	併設する施設の概要								
12	事業所(建物)の平面図又は構造概要等	(変更後)							
13	事業所(施設)の設備又は備品の概要								
14	入所者又は利用者若しくは入院患者の定員								
15	管理者の氏名、生年月日及び住所(管理者の交代を含む)								
16	サービス提供責任者(訪問事業責任者)の氏名、生年月日及び住所(サービス提供責任者(訪問事業責任者)の交代及び増減を含む)								
17	計画作成担当者の氏名、生年月日及び住所(計画作成担当者の交代及び増減を含む)								
18	福祉用具の保管又は消毒の方法(委託等による保管又は消毒の場合は当該委託先の名称等)								
19	運営規程								
20	協力医療機関(歯科・病院)の名称又は診療科名若しくは当該協力医療機関等との契約の内容								
21	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								
22	介護支援専門員の氏名及び登録番号(介護支援専門員の交代及び増減を含む)								
変 更 年 月 日		年 月 日							

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。
 3 変更が生じた日から10日以内に提出してください。