指定居宅サービス事業者等変更届出書

年　　月　　日

　　　函館市長　様

主たる事務所の所在地

届出者　名称

代表者の職氏名

　　指定居宅サービス事業者（指定地域密着型サービス事業者，指定居宅介護支援事業者，指定介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護医療院，指定介護予防サービス事業者，指定地域密着型介護予防サービス事業者，指定介護予防支援事業者，指定介護療養型医療施設）の指定（許可）を受けた内容を変更したので，次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定（許可）内容を変更した事業所等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| サービスの種類 | 　 |
| 変更事項 | 変更内容 |
| 1 | 事業所等の名称 | (変更前) |
| 2 | 事業所等の所在地 |
| 3 | 指定（許可）を受けた者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名，生年月日，住所および職名 |
| 6 | 登記事項証明書または条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) |
| 7 | 事業所等の構造概要および平面図ならびに設備および備品の概要 |
| 8 | 事業所等の管理者またはサービス提供責任者の氏名，生年月日，住所および経歴 | (変更後) |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 事業所の種別および提供する居宅療養管理指導の種類 |
| 11 | 本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別 |
| 12 | 福祉用具の保管および消毒の方法等 |
| 13 | 協力医療機関または協力歯科医療機関の名称および診療科名ならびに契約の内容 |
| 14 | 介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護医療院，病院等との連携体制および支援の体制 |
| 15 | 介護支援専門員の氏名および登録番号 |
| 16 | 本体施設がある場合の当該本体施設の概要ならびに施設と当該本体施設との間の移動の経路および方法ならびにその移動に要する時間 |
| 17 | 併設施設がある場合の当該併設施設の概要 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日　 |

　添付書類

指定居宅サービス事業者等指定（許可）申請書の添付書類のうち，当該変更に係るもの

　注　1　変更事項欄は，該当する項目の番号を○で囲んでください。

　　　2　変更した日から10日以内に届け出てください。