付表3　指定小規模多機能型居宅介護・指定介護予防小規模多機能型居宅介護に係る変更事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更があった事項 | 1 | 事業所(事業の一部を行う拠点を含む。)の名称 |
| 2 | 事業所(事業の一部を行う拠点を含む。)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，生年月日，住所及び職名 |
| 6 | 申請者の登記事項証明書又は条例等(指定に係る事業に関するものに限る。) |
| 7 | 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示するもの)並びに設備の概要 |
| 8 | 事業所の管理者の氏名，生年月日，住所及び経歴 |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 協力医療機関(協力歯科医療機関を含む。)の名称及び診療科名並びに契約の内容 |
| 11 | 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及び支援の体制の概要 |
| 12 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 変更の内容 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |

備考　1　変更があった事項欄の該当項目番号に○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。