様式第2号(第3条，第9条，第14条関係)

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所

指定居宅介護支援事業所

変更届出書

　　　　年　　月　　日

　阿見町長　　　　　　　　　　殿

住所

開設者　(所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

　　　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 | | | 該当 | | 変更年月日 | | | | | | | 様式 | | | |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表1 | | | |
| 認知症対応型通所介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表2 | | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表3 | | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表4 | | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表5 | | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表6 | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表7 | | | |
| 複合型サービス | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表8 | | | |
| 地域密着型通所介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表9 | | | |
| 居宅介護支援事業 | | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表10 | | | |
| 地域密着型  介護予防  サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表2 | | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表3 | | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | |  | | 年　　月　　日 | | | | | | | 付表4 | | | |

備考　1　変更に係るサービスの種類に応じた該当欄に○を記入してください。

　　　2　変更があった日から10日以内に届け出てください。

　　　3　この様式により難いときは，この様式に準じた別の様式を使用することができます。