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。

付表10　指定居宅介護支援事業所に係る変更事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更があった事項 | 1 | 事業所の名称 |
| 2 | 事業所の所在地 |
| 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 | 事業所の平面図 |
| 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 | 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。