**様式第３号（第３条関係）**

**変　更　届　出　書**

**年　　月　　日**

**鹿沼市長　宛**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者** | **所在地** |  |
| **名称** |  |
| **代表者氏名** | **印** |

**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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **介護保険事業所番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **指定内容を変更した事業所（施設）** | **名称** |
| **所在地** |
| **サービスの種類等** |
| **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（施設）の所在地** |
| **3** | **申請者の名称及び主たる事務所の所在地** |
| **4** | **代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名** |
| **5** | **定款・寄附行為等及び登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）** |
| **6** | **事業所（施設）の建物の構造、専用区画等、平面図** |
| **7** | **設備及び備品の概要** |
| **8** | **事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴(介護老人保健施設を除く)** |
| **9** | **サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名、住所及び経歴** |
| **10** | **介護支援専門員の氏名及び登録番号** |
| **11** | **運営規程** | **（変更後）** |
| **12** | **協力医療機関の名称及び診療科名並びに契約内容** |
| **13** | **事業所の種別** |
| **14** | **第１号事業支給費の請求に関する事項** |
| **15** | **併設施設の状況等** |
| **16** | **役員の氏名、生年月日及び住所** |
| **17** | **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** |
| **18** | **本体施設、本体施設との移動経路等** |
| **19** | **その他の事項** |
| **変　更　年　月　日** | **年　　月　　日** |

**（注）**

**１　該当項目番号に○印を付してください。**

**２　変更内容が分かる書類を添付してください。**