様式第５号（第６条関係）

指定内容変更届出書

年　　月　　日

島田市長

所在地

届出者　名称

代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更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 | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 |  |
| 変更年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 変更があった事項（該当するものに〇） | 変更の内容 |
|  | 事業所（施設）の名称 | （変更前） |
|  | 事業所（施設）の所在地 |
|  | 申請者（開設者）の名称 |
|  | 主たる事務所の所在地 |
|  | 代表者の氏名、生年月日及び住所 |
|  | 登録事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る｡) |
|  | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 |
|  | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 | （変更後） |
|  | 運営規程 |
|  | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
|  | 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 |
|  | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
|  | 併設施設の状況等 |
|  | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |

　備考変更の内容が分かる書類を添付してください。