様式第４号（第３条関係）

年　　月　　日

変更届出書

（あて先）三鷹市長

所　在　地

事業者　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 | | 名　称 | |
| 所在地 | |
| サービスの種類 | |  | |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 | | 変　更　の　内　容 | |
| １ | 事業所の名称 | （変更前） | |
| ２ | 事業所の所在地 |
| ３ | 主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ５ | 事業所の建物の構造、専用区画等 |
| ６ | 事業所の管理者の氏名及び住所 |
| ７ | 運営規程 |
| ８ | 定款、寄付行為等及びその登録事項証明書（当該事業に関するものに限る。） |
| ９ | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | （変更後） | |
| 10 | 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 |
| 11 | 地域密着型介護サービス費、居宅介護サービス計画費又は地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項 |
| 12 | 役員の氏名及び住所 |
| 13 | 本体施設、併設施設との移動経路等 |
| 14 | 併設施設の状況 |
| 15 | 介護支援専門員の氏名、登録番号 |
| 16 | その他 |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 連絡先 | | 担当者名　　　　　　　　電話番号 | |

備考　１　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。