

変更届出書

年 月 日

所在地  
市(区・町・村)長殿  
申請者 名称  
代表者職名・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。

|                |                                      |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                | 介護保険事業所番号                            |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 法人番号                                 |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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        |                                      |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更年月日          |                                      |       |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項(該当に○) |                                      |       |  |  |  |  |  |  |  | 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                          |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 申請者の名称                               |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 主たる事務所の所在地                           |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 法人等の種類                               |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名              |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 登記事項証明書・条例等<br>(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、住所及び経歴           | (変更後) |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 運営規程                                 |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 協力医療機関・協力歯科医療機関                      |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 事業所の種別                               |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、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                             |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 連携する訪問看護を行う事業所の名称                    |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 連携する訪問看護を行う事業所の所在地                   |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号                   |       |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。  
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。  
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

付表第二号(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

|                    |                              |                                 |        |              |
|--------------------|------------------------------|---------------------------------|--------|--------------|
| 事業所                | 法人番号                         |                                 |        |              |
|                    | フリガナ                         |                                 |        |              |
|                    | 名称                           |                                 |        |              |
|                    | 所在地                          | (郵便番号 ー )<br>都 道 市 区<br>府 県 町 村 |        |              |
|                    | 連絡先                          | 電話番号 (内線)                       | FAX 番号 |              |
| 管理者                | フリガナ                         |                                 |        | 住所 (郵便番号 ー ) |
|                    | 氏名                           |                                 |        |              |
|                    | 生年月日                         |                                 |        |              |
|                    | 当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)   |                                 |        |              |
|                    | 他の事業所、施設等の職務との兼務 (兼務の場合のみ記入) | 兼務先の名称、所在地                      |        |              |
|                    |                              | 兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等        |        |              |
|                    |                              |                                 |        |              |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 |                              |                                 |        |              |
| 従業者の職種・員数(人)       |                              | 担当職員                            |        |              |
|                    |                              | 専従                              | 兼務     |              |
| 常勤(人)              |                              |                                 |        |              |
| 非常勤(人)             |                              |                                 |        |              |
| 事業開始時の利用者の推定数      |                              | 人                               |        |              |
| 添付書類               |                              | 別添のとおり                          |        |              |

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
  - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
  - 3 担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。