様式第３号（第５条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　　　市長（町長）様

主たる事務所の所在地

届出者　　 名称

代表者の職名及び氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　指定を受けた内容を変更しましたので、次のとおり届け出ます。なお、本届出に係る情報については、大阪府、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することを同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 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 | 申請者の名称 |  |
| ４ | 申請者の主たる事務所の所在地 |  |
| ５ | 申請者の代表者の氏名、住所及び職名 |  |
| ６ | 申請者の定款・寄附行為等及びその登記事項証明書（当該指定に係る事業に関するものに限る） |  |
| ７ | 事業所の平面図（第１号訪問事業の指定事業者に限る） | （変更後） |
| ８ | 事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする）及び設備の概要（第１号通所事業の指定事業者に限る） |  |
| ９ | 管理者の氏名及び住所 |  |
| 10 | サービス提供責任者若しくは訪問事業責任者の氏名及び住所（第１号訪問事業の指定事業者に限る） | **「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(改定用)」のとおり** |
| 11 | 運営規程 |  |
| 12 | 第１号事業支給費の請求に関する事項 |  |
| 13 | 役員の氏名及び住所 |  |
| 変更年月日 | 令和　３年　４月　１日　　　 |
| 変更理由 |

　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。