様式第6号（第5条関係）

変更届出書（居宅サービス等用）

　　　　年　　月　　日

（あて先）岐阜市長

名称

代表者の氏名

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 | 2 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |
| 変　　更　　年　　月　　日 |  |
| 変更があった事頂（該当する欄に○を記入） | 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 |
|  | 事業（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 |
|  | 登記事項証明書又は条例等（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 |
|  | 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業） |
|  | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所（介護保険施設にあっては、事前に承認を受けること。） |
|  | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
|  | 運営規程 |
|  | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
|  | 事業所の種別 |
|  | 提供する居宅療養管理指導の種類 | （変更後） |
|  | 事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホ―ムの場合の単独型・空床利用型・併設事業所型の別) |
|  | 利用者、入所者又は入院患者の定員 |
|  | 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 |
|  | 福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
|  | 併設施設の状況等 |
|  | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 |

備考

1　変更内容が確認できる書類を添付してください。

2　変更した日から10日以内に届けてください。