様式第８号(第６条関係)

**変更届出書**

年　　月　　日

　　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人以外にあっては、住所及び氏名）

　指定（許可）を受けた内容を変更したので、介護保険法第７５条第１項（同法第７８条の５第１項、第８２条第１項、第８９条、第９９条第１項、第１１３条第１項、第１１５条の５第１項、第１１５条の１５第１項、第１１５条の２５第１項）の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 が あ っ た 事 項 | 変　更　の　内　容 |
| １ | 事業所・施設の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所・施設の所在地 |
| ３ | 申請者・開設者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ６ | 登記事項証明書（当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。） |
| ９ | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 |
| 10 | 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 11 | 運営規程 |
| 12 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| 13 | 事業所の種別 |
| 14 | 提供する居宅療養管理指導又は介護予防居宅療養管理指導の種類 | （変更後） |
| 15 | 事業実施形態（本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型、空床利用型又は併設型の別） |
| 16 | 入院患者又は入所者の定員等 |
| 17 | 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 |
| 18 | 福祉用具の保管及び消毒方法（委託している場合にあっては、委託先の状況） |
| 19 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 20 | 介護支援専門員（計画作成担当者）の氏名及びその登録番号 |
| 21 | 併設施設の状況等 |
| 22 | その他 |
| 変　更　年　月　日 | 　　　　年　　　月　　　日 |

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。

　３　届出者が氏名を自署する場合には、押印を省略できます。