別記様式第2号(第3条関係)

変更届出書

年　　月　　日

宇治市長宛て

所在地

届出者　名　称

代表者氏名

　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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | |
| 変更があつた事項 | | 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 | 事業者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| 6 | 登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) |
| 7 | 事業所・施設の平面図、設備の概要等 |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所等 | (変更後) | | | | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関の名称等及びこれらの機関との契約の内容 |
| 11 | 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 |
| 12 | 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 |
| 13 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 14 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 15 | 併設施設の状況等 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

　備考

　　　1　該当項目番号に○印を付してください。

　　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。