

年      月      日

代表者の職及び氏名：

		介護保険事業所番号																	
指定（許可）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	事業所の所在地（施設の開設場所）																		
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、生年月日、住所及び職名（代表者の交代を含む）																		
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）の種別等																		
8	提供する居宅療養管理指導の種類																		
9	事業実施形態（空床利用事業所、併設事業所又は単独事業所の別）																		
10	本体施設の概要又は本体施設との間の移動経路等																		
11	併設する施設の概要																		
12	事業所（建物）の平面図又は構造概要等			（変更後）															
13	事業所（施設）の設備又は備品の概要																		
14	入所者又は利用者若しくは入院患者の定員																		
15	管理者の氏名、生年月日及び住所（管理者の交代を含む）																		
16	サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名、生年月日及び住所（サービス提供責任者（訪問事業責任者）の交代及び増減を含む）																		
17	計画作成担当者の氏名、生年月日及び住所（計画作成担当者の交代及び増減を含む）																		
18	福祉用具の保管又は消毒の方法（委託等による保管又は消毒の場合は当該委託先の名称等）																		
19	運営規程																		
20	協力医療機関（歯科・病院）の名称又は診療科名若しくは当該協力医療機関等との契約の内容																		
21	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																		
22	介護支援専門員の氏名及び登録番号（介護支援専門員の交代及び増減を含む）																		
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 変更が生じた日から10日以内に提出してください。