第3号様式(第4条関係)

指定内容変更届出書

年　　月　　日

　奈良県知事　　　　殿

届出者　住所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

　次のとおり指定（許可）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（許可）内容を変更した事業所又は施設 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| サービスの種類 | 　 |
| 変更年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 変更した事項 | 変更の内容 |
| 1 | 事業所又は施設の名称 | (変更前) |
| 2 | 事業所又は施設の所在地 |
| 3 | 届出者の氏名又は名称及び住所又は主たる事務所の所在地 |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| 5 | 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。) |
| 6 | 事業所又は施設の建物の構造、平面図、専用区画等 |
| 7 | 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。) |
| 8 | 利用者の推定数 |
| 9 | 事業所又は施設の管理者の氏名、生年月日及び住所(介護老人保健施設及び介護医療院を除く。) |
| 10 | サービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 11 | 運営規程 | (変更後) |
| 12 | 協力医療機関（介護老人保健施設及び介護医療院を除く。）又は協力歯科医療機関 |
| 13 | 事業所の種別 |
| 14 | 提供する居宅療養管理指導の種類 |
| 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 |
| 17 | 福祉用具の保管及び消毒の方法(委託している場合にあっては、委託先の状況) |
| 18 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 19 | 併設施設の状況 |
| 20 | その他(　　　　　　　　　　　　　) |

備考1　変更した事項の欄については、該当する項目番号に○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　変更後10日以内に届け出てください。