第５号様式（第４条関係）

上尾市指定地域密着型（介護予防）サービス事業所等変更届出書

年　　月　　日

　（宛先）

　　　　　　上尾市長

所在地

事業者　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・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）の建物の構造、専用区画等 |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 協力医療機関・協力歯科医療機関 |
| 11 | 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 |
| 12 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 13 | 併設施設の状況等 |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

　備考

　　１　該当項目番号に○印を付けてください。

　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。