様式第15号（第14条関係）

変更届出書

令和　　年　　月　　日

　広島県知事様

郵便番号

開設(事業)者　法人の主たる事務所の所在地

(個人にあっては，住所)

法人の名称及び代表者の職氏名

(個人にあっては，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 | 主たる事務所の所在地 |
| 4 | 代表者(開設者)の氏名及び住所 |
| 5 | 申請者又は開設者の登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| 6 | 事業所(施設)の建物の構造，専用区画等 |
| 7 | 備品(訪問入浴介護及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。) |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所(介護老人保健施設及び介護医療院を除く。) |
| 9 | サービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 |
| 12 | 事業所の種別 |
| 13 | 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) |
| 14 | 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・併設型の別) |
| 15 | 入院患者又は入所者の定員 |
| 16 | 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 |
| 17 | 福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては，委託先の状況) |
| 18 | 併設施設の状況等 |
| 19 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 変更年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

添付書類　変更内容が分かる書類

注　1　該当項目番号に○印を付すこと。

　　2　用紙の大きさは，日本工業規格A列4とする。