様式第９号（第19条関係）

介護予防・生活支援サービス事業指定変更届書

　　年　　月　　日

　伊達市長

所在地

届出者　名　称

代表者　　　　　　　　　　印

　指定を受けた内容を変更したので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  | | |
| 事業所 | | 名称 |  | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　） | |
| 電話番号 |  | |
| 事業の種類 | |  | | |
| 変更事項 | | | | 変更内容 |
| １ | 事業所・施設の名称及び所在地  （出張所等を含む） | | | （変更前） |
| ２ | 申請者（開設者）の名称及び主たる事務所の所在地 | | |
| ３ | 代表者（開設者）の氏名及び住所並びに職名等 | | |
| ４ | 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 | | |
| ５ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | | |
| ６ | 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所等 | | |
| ７ | 運営規程 | | |
| ８ | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | | |
| ９ | 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 | | | （変更後） |
| 10 | 市町村その他関係機関との連携体制 | | |
| 11 | 介護予防・生活支援サービス事業費の請求に関する事項 | | |
| 12 | 役員の氏名及び住所等 | | |
| 13 | 介護支援専門員の氏名、登録番号 | | |
| 14 | 併設施設がある場合は、併設施設の状況等 | | |
| 15 | 本体施設の概要、本体施設との移動経路等 | | |
| 変更年月日 | | | | 年　　　月　　　日 |

備考　変更事項が分かる書類を添付すること。利用者の定員の増加に伴うものにあっては、従業員の勤務体制及び勤務形態を記載した書類を添付すること