

変 更 届 出 書

年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

所在地
届出者 名称
代表者氏名

印

介護保険法の規定により、指定を受けた内容を変更したので、届け出ます。

	介護保険事業者番号	
指定内容を変更した事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類	居宅介護支援・介護予防支援	
変更があった事項	変 更 の 内 容	
1 事業所の名称及び所在地	(変更前)	
2 事業所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名		
3 当該申請に係る事業の開始の予定年月日		
4 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書、条例等		
5 事業所の平面図		
6 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所及び経歴		
7 当該申請に係る事業の開始時の利用者の推定数		
8 運営規程		
9 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		
10 当該支援に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態		
11 当該申請に係る事業に係る資産の状況		
12 関係市町並びに他の保健医療サービス及び福祉サービスの提供主体との連携の内容		
13 当該申請に係る事業に係る資産の状況に係る居宅会議サービス計画費の請求に関する事項 介護予防サービス計画費		
14 法第151条の22第2項各号（令第35条の14において読み替えられた法第70条の2第4項において準用する場合を含む。）又は法第70条第2項各号（法第79条の2第4項において準用する場合を含む。）に該当しないことを誓約する書面（以下この節において「誓約書」という。）		
15 役員の氏名、生年月日及び住所		
16 介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
17 その他指定に関し必要と認める事項		
変 更 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 届出者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。