**様式第３号**（第３条関係）

年　　月　　日

　　　伊豆市長　　　　　様

所在地

事業者　名　称　　　　　　　　印

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  事業者番号 | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |
| 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、住所及び職名 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| ６ | 登録事項証明書又は条例等  （当該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（病院）・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 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| 13 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| 14 | 併設施設の状況等 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| *15* | 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |
| 変　更　年　月　日 | | 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。