

第7号様式（第9条関係）

変更届出書

年 月 日

知事 殿

住所
事業（開設）者（所在地）

氏名
（名称及び代表者職・氏名）

印

次のとおり指定（許可）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	事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地										
4	代表者の職・氏名、生年月日及び住所										
5	登記事項証明書又は条例等 （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 （訪問入浴介護事業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、生年月日及び住所 （介護老人保健施設を除く。）										
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の種類										
14	事業実施形態 （単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設型の別）										
15	入院患者又は入所者の定員										
16	福祉用具の保管及び消毒方法 （委託している場合にあつては、委託先の状況）										
17	併設施設の状況等										
18	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										
19	その他										
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。
 3 この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。