

変更届出書

令和 3年 3月 3日

柏市長 あて

別紙新旧対照表を使用する場合

住所 柏市柏〇〇-△△-□□
 開設(事業)者(所在地) 氏名 柏介護サービス法人
 (名称及び代表者氏名)代表取締役 柏 一郎

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	1	2	7	2	〇	〇	〇	〇	〇	〇
指定内容を変更した事業所(施設)		名称	柏市訪問介護事業所									
		所在地	柏市柏5丁目10-1									
		サービスの種類等	(介護予防)訪問介護									
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	別紙のとおり										
3	申請者の名称及び主たる事務所の所在地											
4	代表者(開設者)の氏名, 生年月日, 住所及び職名											
5	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, 平面図											
7	設備及び備品の概要											
8	利用者の推定数											
9	事業所(施設)の管理者の氏名, 生年月日, 住所及び経歴(介護老人保健施設を除く)											
10	サービス提供責任者(訪問事業責任者)の氏名, 生年月日, 住所及び経歴	(変更後)										
11	介護支援専門員の氏名及び登録番号											
12	運営規程											
13	協力医療機関の名称及び診療科名並びに契約内容											
14	事業所の種別											
15	提供する(介護予防)居宅療養管理指導の種類											
16	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)											
17	入院患者又は入所者の定員											
18	福祉用具貸与の保管・消毒方法(委託している場合 にあつては, 委託先の事業者名称, 主たる事務所 の所在地, 委託内容等状況)											
19	併設施設の状況等											
20	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											
21	本体施設, 本体施設との移動経路等											
22	その他必要と認める事項											
変更年月日		令和 3年 3月 1日										

- ※ 1 該当項目番号に○印を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。