第３号様式（第３条関係）

　　　　年　　月　　日

　　　多摩市長　殿

所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職及び氏名

多摩市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着  
型介護予防サービス事業所　変更届出書

　　次のとおり指定を受けた内容を変更したので、多摩市指定地域密着型サービス事業所及び多摩市指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則第３条の規定により、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 | 事業所又は施設の名称 | （変更前） | |
| ２ | 事業所又は施設の所在地 |
| 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 | 登記事項証明書又は条例等  （当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所又は施設の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 事業所又は施設の管理者の氏名及び住所 | （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 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 |
| 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 |
| 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。