

変 更 届 出 書

年 月 日

堺 市 長 様

申請者 主たる事務所の所在地
名 称
代表者職氏名



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。

		介護保険事業所番号											
指定内容を変更した事業所又は施設		名称											
		所在地											
サービスの種類		通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション											
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（開設者）の氏名、住所及び職名												
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等												
7	事業所・施設の建物の構造、平面図及び専用区画等												
8	事業所の設備及び備品の概要												
9	事業所・施設の管理者の氏名及び住所												
10	サービス提供責任者の氏名及び住所												
11	運営規程												
12	事業者・施設の種別	(変更後)											
13	提供する居宅療養管理指導の種類												
14	事業実施形態（病院又は診療所等の別）												
15	事業実施形態（特別養護老人ホームの空床利用・特別養護老人ホームの併設の別）												
16	協力医療機関（協力歯科医療機関）の名称及び契約の内容等												
17	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												
18	福祉用具の保管及び消毒の方法（委託している場合にあっては委託先の状況）												
19	併設施設の状況等												
20	介護給付費の請求に関する体制等												
21	役員の氏名及び住所												
22	介護支援専門員の氏名及びその登録番号												
23	その他												
変 更 年 月 日		令和 3年 4月 1日											
変更理由		介護報酬算定基準の改定があったため											

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。

担当者		連絡先	
-----	--	-----	--