変 更 届 出 書

# （あて先）八戸市長

年 月 日

事　 業　 者　住　所（所在地）

（施設の設置者）

氏　名（名称及び代表者氏名）

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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（設置の場所） |
| 3 | 申請者（設置者）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 | 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） |
| 7 | 事業所（施設）の平面図及び設備の概要 |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所 |
| 9 | 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所 |
| 10 | 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所 |
| 11 | 地域相談支援の提供に当たる者の氏名及び住所 |
| 12 | 運営規程 | （変更後） | （※実施事業に係る付表も添付してください。） |
| 13 | 介護給付費等の請求に関する事項 |  |
| 14 | 役員の氏名及び住所 |  |  |
| 15 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容 |  |  |
| 16 | 事業所の種別（併設型・空床型の別）（※短期入所のみ） |  |  |
| 17 | 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員（※短期入所のみ） |  |  |
| 18 | 委託している障害福祉サービスの種類並びに委託先の事業所名称及び所在地（※重度障害者等包括支援において、第三者委託により提供する障害福祉サービスがあるときのみ） |  |  |
| 19 | 関係機関等との連携その他の支援体制の概 要（※共同生活援助のみ） |  |  |
| 20 | 連携する公共職業安定所その他関係機関の 名称（就労移行支援のみ） |  |  |
| 変更年月日（介護給付費等の請求に関する事項の変更については、適用年月日） | 年 月 日 |

備考１　該当項目番号に○を付してください。

２　変更内容がわかる書類を添付してください。

３　定員の増加を伴う場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

４　変更の日から10日以内に届け出てください。