

第3号様式（第4条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、介護保険法第75条第1項（介護保険法第89条、介護保険法第99条第1項、介護保険法第113条第1項、介護保険法第115条の5第1項、平成18年旧介護保険法第111条）の規定により届け出ます。

		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						
		電話番号（ ） -						
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	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							
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(介護老人保健施設及び介護医療院を除く。)							
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴							
10	運営規程							
11	協力医療機関又は協力歯科医療機関	(変更後)						
12	事業所の種別							
13	提供する居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の種類							
14	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)							
15	入院患者又は入所者の定員							
16	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制							
17	福祉用具の保管・消毒方法（委託している場合にあつては、委託先の状況）							
18	併設施設の状況等							
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号							
変 更 年 月 日		年 月 日						
担 当 者 名 (連 絡 先 電 話 番 号)								

備考 1 変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

(記入例)

第3号様式 (第4条関係)

変 更 届 出 書

令和〇〇年〇月〇〇日

香川県知事 殿

届出者 住 所 香川県高松市番町4丁目1番10号
株式会社〇〇

氏 名 代表取締役香川太郎
(法人にあっては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、介護保険法第75条第1項（介護保険法第89条、介護保険法第99条第1項、介護保険法第113条第1項、介護保険法第115条の5第1項、平成18年旧介護保険法第111条）の規定により届け出ます。

		介護保険事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
指定内容を変更した事業所(施設)		名 称	〇〇訪問介護事業所									
		所在地	香川県高松市番町4丁目1番10号									
		電話番号(〇〇〇)	〇〇〇-〇〇〇〇									
サービスの種類		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	訪問介護員等 常勤専従1名 常勤兼務2名 非常勤専従3名 非常勤兼務2名										
3	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											
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(介護老人保健施設及び介護医療院を除く。)											
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴											
10	運営規程											
11	協力医療機関又は協力歯科医療機関	(変更後)										
12	事業所の種別	訪問介護員等 常勤専従1名 常勤兼務3名 非常勤専従4名 非常勤兼務1名										
13	提供する居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の種類											
14	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)											
15	入院患者又は入所者の定員											
16	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制											
17	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあつては、委託先の状況)											
18	併設施設の状況等											
19	介護支援専門員の氏名及びその登録番号											
変更年月日		令和〇〇年〇月〇〇日										
担当者名(連絡先 電話番号)		香川 太郎 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)										

備考 1 変更があった事項については、該当する番号を○で囲んでください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。