

変更届出書

1年 10月 日

福岡県介護保険広域連合長 殿

法人所在地 福岡市博多区千代四丁目1番27号

申請者 法人名 株式会社 福岡広域介護サービス

印

代表者氏名 広域太郎

下記のとおり介護保険法に規定する事業者の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	4	0	X	X	X	X	X	X	X	X
指定内容を変更した事業所（施設）		名称	粕屋広域デイサービスセンター									
		所在地	糟屋郡久山町大字久原3168番地1									
サービスの種類		介護予防・日常生活支援総合事業										
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及び連絡先											
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名											
6	定款、寄付行為等及びその登記事項証明書、条例等（当該事業に関するものに限る。）											
7	事業所（施設）の建物の構造概要、平面図及び設備の概要											
8	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴											
9	運営規程											
10	協力医療機関（病院）、協力歯科医療機関					(変更後)						
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又は介護予防サービス計画費の請求に関する事項											
13	役員の氏名及び住所											
14	介護支援専門員及び計画作成担当者の氏名及びその登録番号											
15	本体施設、本体施設との移動経路等											
16	併設施設の状況等											
変更年月日						令和1年10月1日						
記入担当者		氏名	粕屋花子			職名	管理者					
		電話	092-XXX-XXXX			FAX	092-XXX-XXXX					

- 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 「変更の内容」欄に書ききれない場合は、別紙に変更前後の内容を記載し添付してください。
4 変更届出書チェック表に従い、10日以内に届け出てください。
5 「12 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項」における「加算に係る届出」については、届出受理日により算定開始時期が異なりますので注意してください。
なお、加算要件を満たさなくなったときは、速やかに届け出てください。