様式第28号の２（第28条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　　　（宛先）静岡市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （設置者） | 住所 | 法人にあっては、その  主たる事務所の所在地 |  |
| 氏名 | 法人にあっては、その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たので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所　(施設) | | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 - | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | |
| 変更事項 | | 変更内容 | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所（施設）の名称又は所在地（出張所等を含む｡) | (変更前) | | | | | | | | | | |
| ２ | 申請者（設置者）の名称若しくは主たる事務所の所在地又は代表者の氏名若しくは住所 |
| ３ | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る｡) |
| ４ | 医療法第７条の許可を受けた病院であることを証する書類 |
| ５ | 重度障害者等包括支援において提供する障害福祉サービスの種類 |
| ６ | 重度障害者等包括支援において第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類及び事業所の名称 |
| ７ | 事業所（施設）の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| ９ | 事業所（施設）のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 10 | 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 11 | 地域相談支援又は指定計画相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | (変更後) | | | | | | | | | | |
| 12 | 事業所（施設）の種別（空床利用型、併設事業所型の別） |
| 13 | 主たる対象者 |
| 14 | 運営規程 |
| 15 | 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要 |
| 16 | 併設事業所型における利用者の利用推定数又は空床利用型における当該施設の入所者の定員 |
| 17 | 協力医療機関及び協力歯科医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約内容 |
| 18 | 医療機関との協力体制の概要 |
| 19 | 関係機関との連携体制及び支援の体制の概要 |
| 20 | 連携する公共職業安定所その他関係機関の名称 |
| 21 | 介護給付費等の請求に関する事項 |
| 22 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 23 | 当該申請に係る事業の開始予定年月日 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考

　１　申請者氏名欄には申請者が署名し又は記名押印してください。ただし、申請者が法人の場合は記名押印してください。

　　２　変更事項の該当項目番号を○で囲んでください。

　　３　変更内容が確認できる書類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。