

様式第3号（第3条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

沖 縄 市 長 様

事業者 所在地
名 称
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。

		介護保険事業者番号											
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												
3	申請者の名称												
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	登記事項証明書又は条例等（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、専用区画等												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	(変更後)											
9	運営規程												
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関												
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	本体施設、本体施設との移動経路等												
13	併設施設の状況等												
14	その他												
変 更 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 変更内容が分かる書類を添付してください。

居宅介護支援

付表10

指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ																					
	名 称																					
	所在地	(郵便番号) 県 郡 市																				
	連絡先	直通電話番号					FAX番号															
管理者	フリガナ							住所	(郵便番号)													
	氏 名																					
	生年月日		年 月 日																			
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無										☐ 有 ・ ☐ 無											
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)					事業所等名称																
						兼務する職種及び勤務時間等																
利用者数					人																	
従業者の職種・員数(人)					介護支援専門員																	
													専従		兼務							
					常 勤(人)																	
非常勤(人)																						
主な 揭示 事項	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日											
	営業時間		平日				～				土 曜				日曜・祝日				～			
			備 考																			
	利用料		法定代理受領分(一割負担分)																			
			法定代理受領分以外																			
	その他の費用																					
	通常の事業の実施地域		①			②			③			④			⑤							
備 考																						
添付書類			別添のとおり																			

備考

- 1 ※印欄は、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間帯等を別様にしてください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 当該指定居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅介護支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

(日本工業規格A列4番)

付表 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

		受付番号					
事業所	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号) 沖縄 県 沖縄 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX 番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)		
	氏名						
	生年月日						
	指定介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無					有・無	
	地域包括支援センターの 従業者との兼務（兼務の場合記入）	名称					
		兼務する職種 及び勤務時間等					
	事業開始時の利用者の推定数		人				
従業者の職種・員数（人）		担当職員		その他の職員（事務職員等）			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
常 勤（人）							
非常勤（人）							
主な 掲 示 事 項	営業日						
	営業時間						
	利用料	法定代理受領分以外					
	その他の費用						
	通常の事業実施地域						
添付書類		別添のとおり					

- 備考
- 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

5 「担当職員」については、指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第〇〇号）第2条に規定する担当職員の員数を記載してください。

(介護予防)小規模
多機能型居宅介護

250-1851

事業所	フリガナ 名 称												
	所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市										

	連絡先		電話番号					FAX 番号					
併設施設等	種別				名称				事業所番号				
管理者	フリガナ		住所			(郵便番号 ー)							
	氏 名												
	生年月日												
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）												
	併設する施設等の従業者との 兼務（兼務の場合のみ記入）			名称				事業所番号					
				兼務する職種 及び勤務時間等			-----						
通いサービスの利用者数（推定数を記入）						人							
登録定員		人		通いサービスの利用定員			人		宿泊サービスの利用定員			人	
従業者の職種・員数				介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員					
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
常 勤（人）													
非常勤（人）													
常勤換算後の人数（人）													
基準上の必要人数（人）													
適合の可否													
建物構造概要	耐火構造物、準耐火構造物等の別												
	居間及び食堂の合計面積		㎡		基準上の必要面積		㎡以上		適合の可否				
	個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		人		基準上の必要数値		㎡以上 適合の可否		
主な揭示事項	営業日												
	営業時間												
	登録定員		人										
	通いサービスの利用定員		人										
	宿泊サービスの利用定員		人										
	利用料		法定代理受領分（一割負担分）										
			法定代理受領分以外										
	食事の提供に要する費用												
	宿泊に要する費用												
通常の事業実施地域													
療協機関力医	名称						主な診療科名						
	名称						主な診療科名						
運営推進会議の有無			有 ・ 無										
添付書類			別添のとおり										