

記載例（色付き部分を必ず記載してください）

様式第2号（第3条関係）

事業所変更届出書

令和 5 年 4 月 1 日

(宛先) 小樽市長

所在地 《法人所在地》
 事業者 名称 《法人名》
 代表者氏名 《役職》《代表者氏名》

提出日を記載してください

「代表取締役」「代表社員」などの役職も記載してください。

介護保険法の規定により、次のとおり指定を受けた内容の変更について届け出ます。

介護保険事業所番号		《事業所番号》
指定内容を変更した事業所・施設	名称	《事業所の名称》
	所在地	《事業所所在地》
サービスの種類		
変更があった事項（該当に○）		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	《変更前の内容を記載》
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、生年月日、住所及び職名	
6	登記事項証明書（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、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	
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	本体施設の概要並びに施設と当該本体施設との間の移動の経路及び方法並びにその移動に要する時間	《変更後の内容を記載》
13	併設施設の状況等	
14	入居者、入所者及び利用者の定員	
15	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
16	計画作成担当者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
17	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地	
18	その他（生活相談員）	
変更年月日		令和5年 4月 1日

指定時の名称を記載してください

ドロップダウンリストから選択してください。

【リスト一覧】

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・地域密着型通所介護
- ・認知症対応型通所介護
- ・（介護予防）認知症対応型通所介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・（介護予防）小規模多機能型居宅介護
- ・認知症対応型共同生活介護
- ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護
- ・地域密着型特定施設入居者生活介護
- ・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- ・看護小規模多機能型居宅介護
- ・居宅介護支援
- ・介護予防支援

変更の内容について枠内に記載できない場合は、「別紙のとおり」と記載し、別紙で変更の内容を提出してください。

変更日を記載してください

備考 記入上の注意事項等について、余白に記載すること。

提出時の留意点

・総合事業（通所介護相当サービス/訪問介護相当サービス）の指定も受けている事業所は、別様式（様式第4号（第17条関係））の変更届書も合わせて提出してください。

・変更日より10日以内に提出できなかった場合は、遅延理由書（様式任意）も合わせて提出してください。

・介護予防の指定も受けている事業所は「（介護予防）」と記載されているサービス種類を選択してください。

例）（介護予防）認知症対応型共同生活介護

・登記事項証明書も併せて変更になる場合は、「6 登記事項証明書」に関する項目にも○をつけてください。

例）代表者変更の場合 → 「5 代表者」と「6 登記事項証明書」に関する項目に○

・生活相談員が変更になる場合は、「18 その他」の項目に○をつけ、括弧内に「生活相談員」と記載して提出してください。

例）その他（生活相談員）

・「添付書類一覧」に記載されている添付書類と合わせて提出してください。