

変 更 届 出 書

年 月 日

(宛先) 御前崎市長

所在地

申請者 名 称

代表者職氏名

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。

		介護保険事業所番号									
指定内容を変更した事業所 (施設)		名称									
		所在地									
サ-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、生年月日、住所及び職名										
6	登録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、生活相談員及び計画作成担当者の氏名、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	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項										
13	本体施設、本体施設との移動経路等										
14	併設施設の状況等										
15	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									

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。