

変更届出書（地域密着型サービス用）

年 月 日

山県市長 様

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。

		介護保険事業所番号	2	1								
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、生年月日、住所及び職名											
6	その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、生年月日、住所及び経歴											
9	運営規程	(変更後)										
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	介護支援専門員の氏名及び登録番号等											
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											
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。
 - 3 事業等の種類に対応する付表を添付してください。
 - 4 変更した日から10日以内に届けてください。