

年 月 日

札幌市長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する事業所について、次のとおり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			
		法人番号			
変更年月日		年 月 日			
変更があった事項(該当に○)		変更の内容			
変更内容	事業の種類及び内容	(変更前)			
	経営者の氏名(法人であるときは、その名称)				
	経営者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)				
	主な職員の氏名				
	事業を行おうとする区域				
	事業所の名称	(変更後)			
	事業所の種類				
	事業所の所在地				
	事業所の入所定員、登録定員又は入居定員				
	その他				
備考 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。					
経営者・法人	フリガナ 氏名(名称)				
	住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 - )	都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			
	法人等の種類				
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
事業所	フリガナ 名 称				
	事業の種類	<input type="checkbox"/> 老人居宅介護等事業 <input type="checkbox"/> 老人デイサービス事業 <input type="checkbox"/> 老人短期入所事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 認知症対応型老人共同生活援助事業 <input type="checkbox"/> 複合型サービス福祉事業			
	所在地	(郵便番号 - )	都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	
		Email			
	事業を行おうとする区域				
	主な職員	フリガナ			
		氏 名			
入所/入居/登録定員		人	※老人居宅介護等事業の場合は記入不要		
添付書類	別添のとおり				