

変更届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿
所在地
申請者 名称
代表者職名・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																	
		法人番号																	
指定内容を変更した事業所等		名称																	
		所在地																	
サービスの種類																			
変更年月日		年 月 日																	
変更があった事項(該当に○)		変更の内容																	
	事業所の名称	(変更前)																	
	事業所の所在地																		
	申請者の名称																		
	主たる事務所の所在地																		
	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名																		
	登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)																		
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)																	
	利用者の推定数、利用者の定員																		
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所																		
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴																		
	運営規程																		
	その他																		

備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
2 「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。