

変更届出書

年 月 日

(宛先)焼津市長

住所  
届出者 (所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

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。

		介護保険事業者番号																				
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(施設)の名称	(変更前)																				
	事業所(施設)の所在地																					
	申請者の名称																					
	主たる事務所の所在地																					
	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所																					
	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(施設)の建物の構造、専用区画等																					
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)																				
	運営規程																					
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関																					
	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																					
	本体施設、本体施設との移動経路等																					
	併設施設の状況等																					
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																					

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。