

変 更 届 出 書

年 月 日

大泉町長 様

所在地

事 業 者 名 称

印

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(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、住所及び職名		
6	定款・寄附行為等及び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及び住所	(変更後)	
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	役員の氏名及び住所		
14	本体施設、本体施設との移動経路等		
15	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。