様式第２号(第３条関係)

変更届出書

　　年　　月　　日

　　境町長　　　　殿

所在地

申請者　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 | 　 |
| 変更があつた事項 | 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 | 登録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 | 本体施設，本体施設との移動経路等 |
| 13 | 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。