

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(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																			
	法人等の種類																			
	代表者(開設者)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(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、住所及び経歴	(変更後)																		
	運営規程																			
	協力医療機関・協力歯科医療機関																			
	事業所の種別																			
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、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																			
	連携する訪問看護を行う事業所の名称																			
	連携する訪問看護を行う事業所の所在地																			
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号																			

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。
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。