

様式第5号（第4条関係）

変更届出書

年 月 日

多治見市長

所在地
 事業者 名称
 代表者職氏名

印

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																
指定内容等を変更した事業所		名称																
		所在地																
変更があった事項										変更の内容								
1	事業所の名称	(変更前)																
2	事業所の所在地																	
3	主たる事務所の所在地																	
4	代表者の職名、氏名、生年月日及び住所																	
5	定款・寄附行為等及びその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。)																	
6	事業所の建物の構造、専用区画等	(変更後)																
7	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴																	
8	運営規程																	
9	当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項																	
10	役員の氏名、生年月日及び住所																	
11	介護支援専門員の氏名及び登録番号等																	
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。
 3 付表を添付してください。
 4 変更した日から10日以内に届けてください。