

変 更 届 出 書

年 月 日

多治見市長

所在地
事業者 名称
代表者氏名

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。

		介護保険事業者番号	2	1									
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、生年月日、住所及び職名												
6	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。)												
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、生年月日、住所及び経歴	(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、生年月日及び住所												
14	介護支援専門員の氏名及び登録番号等												
15	本体施設、本体施設との移動経路等												
16	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。
 3 様式1及び付表を添付してください。
 4 変更日が1日から10日までの場合は、その月の10日までに、変更日が11日から月末までの場合は、翌月の10日までに届け出てください。