

変更届出書

年 月 日

小千谷市長 あて

住所  
開設者 (所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

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(該当番号に○)		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(開設者)の氏名、生年月日及び住所	
6	登記事項証明書・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	
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。