変更届出書

年　　月　　日

中野市長　　　　　あて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住　　所 |  |
| (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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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○）変更があった事項 | 変更の内容変更の内容 |
|  | 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 |
|  | 代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
|  | 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、生年月日及び住所 | (変更後) |
|  | 運営規程 |
|  | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
|  | 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 |
|  | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
|  | 併設施設の状況等 |
|  | 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。