

変 更 届 出 書

年 月 日

厚岸町長 様

所在地
 事業者名称 印
 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(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、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	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項											
13	役員の氏名及び住所											
14	本体施設、本体施設との移動経路等											
15	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。