

様式第2号(第3条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

大 空 町 長 様

所 在 地
事業者 名 称
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。