第2号様式(第3条関係)

変更届出書

　　年　　月　　日

　　日進市長あて

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 | 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 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| ⑬ | 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。