

## 変 更 届 出 書

年 月 日

昭 島 市 長 殿

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	申請者の登録事項証明書（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											
9	運営規程	(変更後)										
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	本体施設、本体施設との移動経路等											
14	併設施設の状況等											
15	その他											
変 更 年 月 日		年 月 日										
担当者（ ）		連絡先										

- 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。