

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	（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	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。