

様式第2号(第3条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

さぬき市長 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	主たる事務所の所在地												
4	代表者（開設者）の氏名、住所及び職名												
5	登録事項証明書												
6	事業所・施設の建物の構造、増改築等												
7	事業所・施設の管理者の氏名及び住所												
8	運営規程	(変更後)											
9	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関												
10	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												
11	本体施設、本体施設との移動経路等												
12	併設施設の状況等												
13	介護支援専門員及び計画作成担当者の氏名及び登録番号												
14	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項												
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。