

変 更 届 出 書

年 月 日

千歳市長 様

所在地

事業者名 名称

代表者氏名 印

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(開設者)の名称								
4	主たる事務所の所在地								
5	代表者の氏名、生年月日、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。)	(変更後)							
7	事業所・施設の建物構造、平面図、設備の概要及び専用区画等								
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴								
9	運営規定								
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関の名称及び診療科名並びに契約内容								
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(予防)サービス費の請求に関する事項								
13	役員の氏名、生年月日及び住所								
14	本体施設の概要、本体施設との間の移動経路及び方法並びに移動に要する時間								
15	併設施設の概要								
16	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
17	計画作成担当者の氏名及び経歴等								
18	法人・事業所の電話番号及びFAX番号								
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。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。