様式第２号（第３条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　　大和高田市長　　殿

所在地

事業者　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等 | | 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（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |  | |
| ６ | 登録事項証明書・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、生年月日及び住所 | （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 |  | |
| １４ | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |  | |
| １５ | その他（　　　　　　　　　　　　） |  | |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | |