

変 更 届 出 書

年 月 日

岩泉町長 様

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	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。）								
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	役員の氏名及び住所								
14	本体施設、本体施設との移動経路等								
15	併設施設の状況等								
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。