

変更届出書

年 月 日

田 尻 町 長 様

申請者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者職氏名

指定を受けた内容を変更しましたので、次のとおり届け出ます。なお、本届出に係る情報については、大阪府、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して提供することを同意します。

		介護保険事業所番号										
指定内容を変更した事業所		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	事業所の名称	(変更前)										
2	事業所の所在地											
3	申請者の名称											
4	申請者の主たる事務所の所在地											
5	申請者の代表者の氏名、住所及び職名											
6	申請者の登記事項証明書（当該事業に関するものに限る）											
7	事業所の平面図（第1号訪問事業の指定事業者に限る）	(変更後)										
8	事業所の平面図（各室の用途を明示するものとする）及び設備の概要（第1号通所事業の指定事業者に限る）											
9	管理者の氏名及び住所											
10	サービス提供責任者若しくは訪問事業責任者の氏名及び住所（第1号訪問事業の指定事業者に限る）											
11	運営規程											
変 更 年 月 日		年 月 日										
変更理由												

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。