変　更　届　出　書

令和　　年　　月　　日

　（宛先）伊那市長

所　在　地

開設者　　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 | ２ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |   |
| 変更年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 変更があった事項（該当に○） | 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 | 登記事項証明書・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 |

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。