

変 更 届 出 書

令和 年 月 日

（宛先）伊那市長

所在地
 開設者 名称 ④
 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。