様式第２号(第３条関係)

変更届出書

年　　月　　日

　　(宛先)南アルプス市長

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等 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項(該当に○) | | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
|  | 事業所(施設)の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | |
|  | 事業所(施設)の所在地 |
|  | 申請者の名称 |
|  | 主たる事務所の所在地 |
|  | 代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所 |
|  | 登記事項証明書・条例等  (当該事業に関するものに限る。) |
|  | 事業所(施設)の建物の構造、専用区画等 | (変更後) | | | | | | | | | | |
|  | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 |
|  | 運営規程 |
|  | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 |
|  | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び病院等との連携・支援体制 |
|  | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
|  | 併設施設の状況等 |
|  | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |

備考　変更内容が分かる書類を添付してください。