

変 更 届 出 書

年 月 日

九 度 山 町 長 様

所在地

届 出 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。

		介護保険事業所番号							
指定内容を変更した事業所		名称							

		所在地							
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	主たる事務所の所在地								
5	代表者の氏名、住所及び職名								
6	申請者の登記事項証明書又は条例 (当該事業に関するものに限る。)								
7	事業所の平面図	(変更後)							
8	事業所の管理者の氏名及び住所								
9	運営規程								
10	居宅介護サービス計画費の請求に関する 事項								
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
変 更 年 月 日		年 月 日							
担当者氏名		連絡先 TEL		FAX					

- 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。