別紙様式第二号(四)

変更届出書

年　　月　　日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者　　名称

代表者職名・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
		法人番号
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	
	法人等の種類	
	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名	
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	
	共生型サービスの該当有無	
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)
	運営規程	
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	
	事業所の種別等	
	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	
	本体施設、本体施設との移動経路等	
	併設施設の状況等	
	連携する訪問看護を行う事業所の名称	
	連携する訪問看護を行う事業所の所在地	
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

備考　1　「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
2　「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。