様式第３号（第６条関係）

変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　田原本町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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（施設） | 名　称 |
| 所在地 |
| サ―ビスの種類 |  |
| 変更があった事項 | 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 | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（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及び住所 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | サービス費の請求に関する事項 | （変更後） |
| 11 | 役員の氏名及び住所 |
| 12 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 変更年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |

備考

　１　該当項目番号を〇で囲み、変更内容が分かる書類を添付してください。

　　２　変更の日から１０日以内に届け出てください。