

変更届出書

年 月 日

墨田区長 あて

介護保険事業所番号は「通所型サービスA」として付番される「13A ... (「A7」の事業所番号)」を記載してください。  
 「現行相当通所型サービス」と変更事項が同内容の場合も、「13A ... (「A7」の事業所番号)」を記載してください。

印

次のとおり指定を受けた内容を変更したので、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																			
サービスの種類																				
変更があった事項	変更内容																			
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、生年月日、性別																				
6 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)																				
7 事業所の平面図	(変更後)																			
8 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴																				
9 サービス提供責任者の氏名及び住所																				
10 運営規程																				
11 事業費算定に関する事項																				
12 役員等の氏名、生年月日及び住所																				
13 その他																				
変更年月日	年 月 日																			

『サービスの種類』欄に「通所型サービスA」を記載してください。  
 「現行相当通所型サービス」と変更事項が同内容の場合、『サービスの種類』欄に2種類記載してください。  
 (例) 「現行相当通所型サービス」「通所型サービスA」

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。