変　更　届　出　書

年　　　月　　　日

　北秋田市長　様

住所

事業者　（所在地）

氏名

（名称及び代表者氏名）

　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 | |  | |
| 変更があった事項（該当に〇） | | 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 |
|  | 登記事項証明書又は条例等  （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 |
|  | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 | （変更後） | |
|  | 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、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 |
| 変更年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | |

備考　変更内容が分かる書類を添付してください。