

変更届出書

年 月 日

青森県知事 殿

住所
 開設者（所在地）
 氏名
 （名称及び代表者氏名）

印

次のとおり指定（許可）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（施設）		名称
		所在地
サービスの種類		
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・電話番号・FAX番号	
3	事業者の名称、主たる事務所の所在地	
4	代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所	
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等 （当該事業に関するものに限る。）	
6	事業所（施設）の建物の構造、専用区画等	
7	備品（訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業）	
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 （介護老人保健施設を除く。）	
9	サービス提供責任者の氏名及び住所	
10	運営規程	
11	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	
12	事業所の種別	
13	提供する居宅療養管理指導の種類	（変更後）
14	事業実施形態 （単独型、本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床利用型・併設型の別）	
15	入院患者又は入所者の定員	
16	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	
17	福祉用具の保管・消毒方法 （委託している場合にあつては、委託先の状況）	
18	併設施設の状況等	
19	役員の氏名、生年月日及び住所	
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	
変更年月日		

- 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。
 3 変更後、10日以内に届出してください。

届出に関して確認を要する場合の連絡先（必ず記載すること）

この届出に関する担当者及び連絡先
 担当者名
 連絡先 TEL
 FAX