様式第２号（第４条関係）

変　更　届　出　書

年　　月　　日

（宛先）春日市長

事 業 者　所在地
名　称　　印
代表者職氏名

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 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	
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	介護支援専門員の氏名及び住所	（変更後）
１０	運営規程	
１１	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	
１２	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	
１３	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項	
１４	役員の氏名及び住所	
１５	本体施設、本体施設との移動経路等	
１６	併設施設の状況等	
変　更　年　月　日		年　　月　　日

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。
　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。