

第2号様式（第3条関係）

〔 八幡浜市指定地域密着型サービス事業所  
八幡浜市指定地域密着型介護予防サービス事業所 〕 変更届出書

八幡浜市長 殿

平成 年 月 日

所在地

事業者名称

代表者氏名

印

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