

変 更 届 出 書

年 月 日

稲城市長 様

所 在 地
事 業 者 名 称
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（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	（変更後）
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	
9	運営規程	
10	サービス費の請求に関する事項	
11	役員の氏名及び住所	
12	その他	
変 更 年 月 日		年 月 日

- 備考 1 該当項目番号に○で囲んでください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。