

変更届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

開設者 住所
(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。

		介護保険事業所番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:
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											
変更年月日		年			月			日			
変更があった事項(該当に○)		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・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										

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

第2号の2様式

再開届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

住所
開設者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
再開した事業所	名称										
	所在地										
サービスの種類											
再開した年月日	年 月 日										

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

第3号様式

廃止・休止届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
廃止(休止)する事業所	名称													
	所在地													
サービスの種類														
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止													
廃止・休止する年月日	年 月 日													
廃止・休止する理由														
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置														
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日													

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

