

別紙様式第二号(四)

変更届出書

年 月 日

所在地
市(区・町・村)長殿

申請者 名称

代表者職名・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	
法人番号	
指定内容を変更した事業所等	
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○)	
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	
法人等の種類	
代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名	
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、住所及び経歴	(変更後)
運営規程	
協力医療機関・協力歯科医療機関	
事業所の種別	
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、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	
連携する訪問看護を行う事業所の名称	
連携する訪問看護を行う事業所の所在地	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	

- 備考
- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
 - 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。