

変 更 届 出 書

年 月 日

黒石市長 様

所 在 地
事 業 者 名 称
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記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	第1号事業支給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。