**別記様式第２号（第３条関係）**

**変更届出書**

**年　　　月　　　日**

**足利市長　　　　　宛て**

**住所**

**開設者　　（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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険事業者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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（該当に〇）** | | **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登録番号** |  | | | | | | | | | | | |

**備考　「（参考）変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。**