

別記第2号様式（第3条関係）

指定地域密着型サービス事業所及び  
指定地域密着型介護予防サービス事業所 変更届出書

年 月 日

富良野市長 様

住 所  
事業者  
氏 名

㊞

（法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに  
名称及び代表者の氏名）

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（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、生年月日及び住所													
6	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・施設の建物の構造概要、平面図、設備の概要、及び専用区画等													
8	事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所	（変更後）												
9	運営規程													
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関													
11	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													
12	本体施設、本体施設との移動経路等													
13	併設施設の状況等													
14	介護支援専門員の氏名及びその登録番号													
変 更 年 月 日		年 月 日												

- 備考
- 1 該当項目番号に○を付してください。
  - 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
  - 3 変更の日から10日以内に届け出てください。