

様式第一号(五)

老人居宅生活支援事業

変更届出書

年 月 日

所在地
知事殿

申請者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する事業所について、次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。

| 変更内容 | 介護保険事業所番号 | | | |
|-----------------------------|-----------|--|--|--|
| | 法人番号 | | | |
| 変更年月日 | 年 月 日 | | | |
| 変更があった事項(該当に○) | 変更の内容 | | | |
| 事業の種類及び内容 | (変更前) | | | |
| 経営者の氏名(法人であるときは、その名称) | | | | |
| 経営者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地) | | | | |
| 主な職員の氏名 | | | | |
| 事業を行おうとする区域 | | | | |
| 事業所の名称 | (変更後) | | | |
| 事業所の種類 | | | | |
| 事業所の所在地 | | | | |
| 事業所の入所定員、登録定員又は入居定員 | | | | |
| その他 | | | | |

備考 「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。

| | | | | | |
|------------------------|--|---|--------------------------------------|--|------------|
| 経営者・法人 | フリガナ | | | | |
| | 氏名(名称) | | | | |
| 住所(主たる事業所の所在地) | (郵便番号 -) | | | | 市 区 町 村 |
| | 都 道 | 府 県 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | (内線) | FAX番号 | | |
| | Email | | | | |
| 法人等の種類 | | | | | |
| 法人の吸收合併又は吸収分割における届出時に□ | | | | | |
| 事業所 | フリガナ | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| 事業の種類 | <input type="checkbox"/> 老人居宅介護等事業 | <input type="checkbox"/> 老人デイサービス事業 | <input type="checkbox"/> 老人短期入所事業 | | |
| | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型老人共同生活援助事業 | <input type="checkbox"/> 複合型サービス福祉事業 | | |
| 所在地 | (郵便番号 -) | | | | 市 区 町 村 |
| | 都 道 | 府 県 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | (内線) | FAX番号 | | |
| | Email | | | | |
| 事業を行おうとする区域 | | | | | |
| 主な職員 | フリガナ | | | | |
| | 氏 名 | | | | |
| 入所／入居／登録定員 | 人 | | | | |
| ※老人居宅介護等事業の場合は記入不要 | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | |