

老人デイサービスセンター等変更届

年 月 日

徳島県知事 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり変更したので、老人福祉法第15条の2第1項の規定により届け出ます。

	介護保険事業所番号	
	法人番号	
変更内容	変更年月日	年 月 日
	変更があった事項(該当に○)	変更の内容
	施設の名称、種類	(変更前)
	施設の所在地	
	設置者の氏名(法人であるときは、その名称)	
	設置者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)	
	建物の規模及び構造並びに設備の概要	
	施設の施設長/管理者の氏名	
	施設の施設長/管理者の住所	
	事業を行おうとする区域	
	入所定員、入居定員	
	居室数	
	施設の運営の方針	
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	(変更後)
	施設において供与をされる介護等の内容	
	建築基準法第六条第一項の確認を受けたことを証する書類	
	設置届時の直近の事業年度の決算書	
	職員の配置の計画	
	一時金、利用料その他の入居者の費用負担の額	
	保全措置を講じたことを証する書類	
一時金の返還に関する契約の内容		
長期の収支計画		
重要事項説明書		
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)	都 道 市 区	府 県 町 村
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		
	法人等の種類			
法人の吸収合併又は吸収分割における届出時に☐				
施設管理者/	フリガナ			
	名称			
	施設の種類	<input type="checkbox"/> 老人デイサービスセンター	<input type="checkbox"/> 老人短期入所施設	<input type="checkbox"/> 老人介護支援センター
		<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム
	所在地	(郵便番号)	都 道 市 区	府 県 町 村
	連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号
		Email		
	事業を行おうとする区域			
入所/入居定員	人			
居室数 ※有料老人ホームの場合のみ	室			
施設管理者/	フリガナ			
	氏名	住所	(郵便番号)	
		※有料老人ホームの場合のみ		
添付書類	別添のとおり			