

第2号様式

変更届出書

年 月 日

殿 申請者 住所
(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。

		介護保険事業所番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:
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○)		変更の内容									
	事業所の名称	(変更前)									
	事業所の所在地										
	申請者の名称										
	主たる事務所の所在地										
	代表者の氏名、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。)										
	事業所の建物の構造及び平面図並びに設備の概要	(変更後)									
	利用者の推定数、利用者の定員										
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所										
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
	運営規程										
	その他										

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。

再開届出書

年 月 日

殿
住所
申請者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	：	：	：	：	：	：	：	：
再開した事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
再開した年月日	年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

廃止・休止届出書

年 月 日

殿

住所

申請者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

廃止(休止)する事業所	介護保険事業所番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	名称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止																			
廃止・休止する年月日	年 月 日																			
廃止・休止する理由																				
現にサービスを受けている者に対する措置																				
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日																			

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

指定更新申請書

年 月 日

殿 (名称)
申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ 名称	-----		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
		Email		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ ----- 氏名	生年月日
代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市			
事業所	事業等の種類	介護保険事業所番号	:	:
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市		
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき			
フリガナ 名称	-----			
主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
管理者	フリガナ 氏名	-----		生年月日
	住所	(郵便番号 -) 県 郡市		

別添 1 誓約書(参考様式5)