様式第5号

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

変更届出書

年　　月　　日

　豊田市長　　　　様

申請者　住所

(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

名称

(法人の場合は、名称並びに代表者の職及び氏名)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定居宅サービス事業者  指定地域密着型サービス事業者  指定居宅介護支援事業者  指定介護老人福祉施設  介護老人保健施設  介護医療院  指定介護予防サービス事業者  指定地域密着型介護予防サービス事業者  指定介護予防支援事業者  指定介護療養型医療施設 | に係る事項を変更したので、介護保険法 | 第75条第1項  第78条の5第1項  第82条第1項  第89条  第99条第1項  第113条第1項  第115条の5第1項  第115条の15第1項  第115条の25第1項 | の規定 |
| 旧介護保険法 | 第111条 |

により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 | | | | | | | | | | |
| 事業(施設)の種類 |  | | | | | | | | | | |
| 変更の内容 | (変更前) | | | | | | | | | | |
| (変更後) | | | | | | | | | | |
| 変更理由 |  | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | | | | | | | |

備考

　1　変更内容が分かる書類を添付してください。

　2　変更した日から10日以内に届け出てください。

　3　この様式において「旧介護保険法」とは、健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされる同法による改正前の介護保険法をいいます。