|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | － |  |  |  |  |  |

指定介護機関 変更届出書

　　年　　月　　日

（あて先）

　　川　口　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（介護保険事業者の住所、氏名（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称））

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者: 　　　 電話番号:　　　 ）

　生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく指定介護機関について、次のとおり変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 介護保険  事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | | 変更前 | 変更後 |
| 事 業 所 | 名　称 |  |  |
| 所在地 |  | 〒 |
| 事業者  介護保険 | 名称 |  |  |
| 住所 |  | 〒 |
| そ　の　他  （　　　　　　） | |  |  |
| 変 更 年 月 日 | | 年　　　月　　　日 |

　※変更前、変更後の欄は変更した項目のみ記入してください。