様式第２号(第３条関係)

変更届出書

年　　月　　日

　境　　町　　長　　殿

所 在 地

申請者　　名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | | 変更の内容 | | | | | | | | |
| 1 | 事業所の名称 | | (変更前) | | | | | | | | |
| 2 | 事業所の所在地 | |
| 3 | 主たる事務所の所在地 | |
| 4 | 代表者の氏名，生年月日及び住所 | |
| 5 | 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) | | | | | | | | |
| 6 | 事業所の平面図 | |
| 7 | 事業所の管理者の氏名，生年月日及び住所及び経歴 | |
| 8 | 運営規程 | |
| 9 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

備考1　該当項目番号に「○」を付してください。

　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。