|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

様式第２号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 指定居宅介護支援事業者 | 変更届出書 |
| 指定介護予防支援事業者 |

年　　月　　日

（届出先）

高根沢町長　　　　　　様

所在地

届出者　名　称

代表者（職・氏名）　　　　　　　　　　　　　印

　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 | 定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） | | |
| ６ | 事業所の平面図 | | | (変更後) | | | | | | | | |
| 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 | 当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費、介護予防サービス計画費又は介護予防ケアマネジメント費の請求に関する事項 | | |
| 10 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | |
| 11 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | |
| 12 |  | | |
| 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。