第2号様式（第3条関係）

変更届出書

　　　　年　　月　　日

長洲町長　様

住所

申請者　（所在地）

氏名

（名称及び代表者氏名）　　　　　　　　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 | 事業者の名称 | （変更前） | | | | | | | | |
| 2 | 事業者の所在地 |
| 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 | 事業者の平面図 | （変更後） | | | | | | | | |
| 7 | 事業者の管理者の氏名、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介護予防サービス計画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 |
| 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。