様式第2号(第3条関係)

指定介護予防支援事業所変更届出書

年　　月　　日

小野町長　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。