

第2号様式（第3条関係）

変 更 届 出 書

年 月 日

市町村長 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		平成	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。