様式第２号（第４条関係）

**変更届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

下野市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

　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 | 申請者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び  職名 |
| 6 | 申請者の登記事項証明書又は条例等 |
| 7 | 事業所の平面図 | （変更後） | |
| 8 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、  住所及び経歴 |
| 9 | 運営規程・重要事項説明書 |
| 10 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 |
| 11 | その他（　　　　　　　　　　　　）  ※連絡先等 |
| 変　　更　　年　　月　　日 | | 年　　　　月　　　　日 | |

添付書類　付表及び変更内容の分かる書類を添付してください。

備考　該当項目番号に○を付してください。

担当者氏名（　　　　　　）　連絡先（　　　　　　　　）