

変 更 届 出 書

年 月 日

三股町長 様

所 在 地

事業 者 名 称

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。

		介護保険事業所番号									
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（法人）の所在地、電話番号、FAX 番号										
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名										
6	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書										
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										
10	当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項										
11	役員の氏名、生年月日及び住所										
12	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○で囲んでください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。