

変 更 届 出 書

年 月 日

平川市長 様

所在地

事業者 名称

代表者氏名



次のとおり指定を受けた内容を変更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	
サービスの種類		
変更があった事項	変 更 の 内 容	
1 事業所の名称 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、住所及び職名 6 定款・条例等（総合事業に関するものに限る。）	(変更前)	
7 事業所の構造、設備（総合事業に関するものに限る。） 8 事業所の管理者の氏名及び住所 9 運営規程 10 第1号事業支給費の請求に関する事項 11 役員の氏名及び住所	(変更後)	
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 定款等の変更のときは、その登記事項証明書を添付してください。
 3 管理者及び役員の変更のときは、「介護保険法第115条の22第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書」を添付してください。この場合は、変更後の管理者及び役員の分に限りません。