様式第２号（第５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |
| 指定介護予防支援事業所変更届出書 |
| 年　　月　　日筑西市長　　様（事業所）所在地　名称代表者名　　　　　　　　　指定を受けた内容を次のとおり変更するので、介護保険法第１１５条の２５第１項の規定により届け出ます。 |
| 指定内容を変更した事業所 |
| フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　）県　　　　　　　　郡市 |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| E－mail |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 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 | 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、住所及び経緯 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | 関係市町村及び他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 |
| 11 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 12 | その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

備考　⑴　「受付番号」欄には、記入しないでください。

⑵　該当する項目の番号を「○」で囲んでください。

⑶　変更内容が分かる書類を添付してください。

⑷　この届出は、変更しようとする日の１０日前までに提出してください。