様式第３号（第４条関係）

変更届出書

年　　月　　日

　米　原　市　長　　様

所　在　地

申請者　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 | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日および住所 |
| ６ | 登記事項証明書または条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | (変更後) | | | | | | | | | | |
| ８ | 事業所の管理者の氏名、生年月日および住所 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | 介護支援専門員の氏名およびその登録番号 |
| 変更年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |

備考１　該当項目番号に○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。