様式第2号

年　　月　　日

　池田町長　　殿

所在地

申請者

名　称

変　更　届　出　書

　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 | フリガナ |
|  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 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 | （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 | 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| 7 | 事業所の構造概要及び平面図（各室の用途を明示するもの）並びに設備の概要 | （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 | 役員の氏名、生年月日および住所 |
| 11 | サービス提供責任者の氏名および住所 |
| 12 | その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | 　　　年　　月　　日 |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。