年　　月　　日

　川南町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　事業（開設）者（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （名称及び代表者職・氏名）

変　更　届　出　書

次のとおり指定を受けた居宅介護支援事業の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（施設） | | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 変　更　が　あ　っ　た　事　項 | | | 変　更　の　内　容 | | | | | | | | | | |
| 1 | 事業所（施設）の名称 | | （変更前） | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所（施設）の所在地 | |
| 3 | 申請（開設）者の名称・主たる事務所の所在地 | |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | |
| 5 | 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。） | |
| 6 | 事業所の平面図 | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |
| 8 | 運営規程 | |
| 9 | その他 | |
| 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。