様式第２号（第５条関係）

変更届出書

年　　月　　日

つがる市長

届　出　者

 　　 　　 　所　在　地

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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２ 事業所の所在地３ 事業者の名称４ 事業者の主たる事務所の所在地５ 事業者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名６ 定款、登記事項等（当該事業に関するものに限る。）７ 施設の構造又は設備（当該事業に関するものに限る。）８ 管理者の氏名、生年月日及び住所９ 運営規程10 当該事業に係る第１号事業支給費の請求に関する事項11 役員の氏名、生年月日及び住所員の氏名、生年月日及び住所 | （変更前） |
| （変更後） |
| 変 更 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日 |

　備考

１　該当項目番号に「○」を付けてください。

２　事業所の名称又は所在地に変更があった場合の「指定内容を変更した事業所」欄は、変更前の事業所について記載してください。

３ 変更内容がわかる書類を添付してください。

４ 変更後10日以内に届け出てください。