

受付番号	
------	--

## 指定居宅介護支援事業 変更届出書

年 月 日

大井町長 様

所在地  
申請者 名称  
代表者氏名

印

指定を受けた内容を変更したいので、介護保険法第82条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

		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	申請者又は代表者の名称														
4	申請者又は代表者の主たる事務所の所在地														
5	代表者の氏名、住所及び職名														
6	申請者（代表者）の登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）														
7	事業所の建物の構造、専用区画等	(変更後)													
8	事業所の管理者の氏名、経歴及び住所														
9	当該申請に係る事業に係る居宅介護サービス計画費の請求に関する事項														
10	運営規程														
11	介護支援専門員の氏名及び登録番号														
12	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。