様式第２号（第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | ※受付番号 | 　 |

指定居宅介護支援事業所変更届出書

年　　月　　日

　伊達市長

所在地

届出者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　伊達市指定居宅介護支援事業所の指定等に関する規則第３条に基づき、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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 事業所 | 名称 | 　 |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） |
| 電話番号 | 　 |
| 変更事項 | 変更内容 |
| １ | 　 | 事業所の名称及び所在地（出張所等を含む） | （変更前） |
| ２ | 　 | 申請者の名称及び主たる事務所の所在地 |
| ３ | 　 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ４ | 　 | 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 |
| ５ | 　 | 事業所の建物の構造、平面図等 |
| ６ | 　 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | （変更後） |
| ７ | 　 | 運営規程 |
| ８ | 　 | 居宅介護サービス計画費の請求に関する事項 |
| ９ | 　 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 10 | 　 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 変更年月日 | 年　　　　月　　　　日　 |

備考

　１※印の欄には、記入しないでください。

　２変更事項の該当番号横の空欄に○を記入してください。

　３変更事項が分かる書類を添付してください。利用者の定員の増加に伴うものにあっては、従業員の勤務体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。