別記様式第２号（第３条関係）

指定介護予防支援事業所変更届出書

年　　月　　日

　（宛先）栃木市長

所在地

申請者

　名　称

　　次のとおり指定介護予防支援事業所の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 | | (変更前) | | | | | | | | |
| ２ | 事業所の所在地 | |
| ３ | 主たる事務所の所在地 | |
| ４ | 代表者の氏名、生年月日及び住所 | |
| 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 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |
| ８ | 運営規程 | |
| ９ | 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　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。