指定介護予防支援事業者名称等変更届出書

平成　　年　　月　　日

　　　弘前市長　様

所 在 地

事業者　名　　称

代表者名　　　　　　　　印

下記のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、介護保険法第　115　条の25第１項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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 | 登録事項証明書（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、生年月日及び住所 | |
| 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 | | | 平成　　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。

３　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長としてください。

（担当及び提出先：福祉部介護福祉課）