介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所変更届出書

年　　　月　　　日

西海市長　様

所在地

事業者　　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 事業者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ６ | 定款、寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該指定に係る総合事業に関するものに限る。） |
| （変更後） | | | | | | | | | | |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 |
| ９ | サービス提供責任者の氏名及び住所 |
| １０ | 運営規程 |
| １１ | 第１号事業支給費の請求に関する事項 |
| １２ | 役員の氏名、生年月日、及び住所 |
| 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。