　　　　　年　　月　　日

多良木町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　（事業者）　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

多良木町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

　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・施設の名称 | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所・施設の所在地 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事業所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、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（当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | サービス費の請求に関する事項 |
| 11 | 役員の氏名及び住所 |
| 12 | 定員 |
| 13 | 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　変更内容がわかる書類を添付してください。