様式第４号（第６条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書 | 　 |

年　　月　　日

　　阿波市長　様

所在地

届出者　名称

代表者氏名　　　　　　　　㊞

　　次のとおり指定を受けた内容を変更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 | 所在地 |
| 名称 |
| 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 | 申請者の名称 |
| 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 | 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 | 事業所の平面図、設備の概要等 |
| ８ | 事業所の管理者等の氏名、生年月日、住所 |
| ９ | 運営規程 | （変更後） |
| 10 | 介護予防・生活支援サービス事業費の請求に関する事項 |
| 11 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 12 | 併設施設の状況等 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

　(注)

　　１　該当項目番号に○印を付けてください。

　　２　変更の内容が分かる書類を添付してください。