

様式第 2 号(第 5 条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定第 1 号事業者変更届出書

年 月 日

葛城市長 様

所在地
申請者
名 称

㊟

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または施設		名 称																		
		所在地																		
サ ー ビ ス の 種 類																				
変 更 し 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	届出者の氏名又は名称及び住所又は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（当該事業に関するものに限る。）																			
6	事業所平面図及び設備の概要	(変更後)																		
7	利用者の推定数（第 1 号訪問事業を行う指定事業者に限る）																			
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所																			
9	サービス提供責任者の氏名及び住所																			
10	運 営 規 程																			
11	その他（ ）																			
変 更 年 月 日																				

- 備考 1 変更した事項の欄については、該当する項目番号に○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 変更後 10 日以内に届け出てください。