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。