様式第４号(第８条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

愛南町長　　様

年　　月　　日

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(施設)	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	事業所の名称及び所在地	(変更前)
２	申請者の名称及び主たる事務所の所在地	
３	代表者の氏名、住所及び職名	
４	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。)	
５	事業所の建物の構造及び設備の概要､平面図	
６	事業所の管理者の氏名、住所及び経歴	(変更後)
７	運営規程	
８	第１号事業支給費の請求に関する事項	
９	役員の氏名、住所及び生年月日	
１０	その他	
変更年月日		年　　月　　日

備考

１　該当項目番号に○を付し、変更内容が分かる書類を添付してください。

２　サービス利用者の増加に伴う変更については、事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。

３　第１号事業支給費の請求に関する事項に係る変更については、「第１号事業支給費算定に係る体制等に関する届出書」も提出してください。

４　管理者及び役員の変更については、誓約書を添付してください。