様式第5号

年　　月　　日

　昭和町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　名　　　称　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業所変更届出書

　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 | 事業所の名称 | （変更前） |
| 2 | 事業所の所在地 |
| 3 | 事業（開設）者の名称 |
| 4 | 主たる事務所の所在地 |
| 5 | 代表者の職名・氏名・生年月日・住所 |
| 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 | 事業所の建物の構造、専用区画等 |
| 8 | 事業所の管理者の氏名・生年月日・住所・経歴 | （変更後） |
| 9 | サービス提供責任者、訪問責任者の氏名・生年月日・住所・経歴 |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | 介護予防・日常生活支援総合事業の請求に関する事項 |
| 12 | 役員の氏名・生年月日・住所 |
| 13 | 併設施設の状況等 |
| 14 | その他 |
| 変更年月日 | 　　　　年　　月　　日 |

備考

　１　該当項目番号に○を付けてください。

　２　変更内容が分かる書類を添付してください。