様式第２号（第４条関係）

**介護予防・日常生活支援総合事業　変更届出書**

　　　年　　　月　　　日

　　中新川広域行政事務組合　管理者　　宛

所在地

事 業 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ましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　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・施設の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所・施設の所在地 |
| 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 | 登記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・施設の建物の構造、専用区画等 |
| （変更後） |
| ８ | 事業所・施設の管理者・サービス提供責任者及び訪問事業責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 11 | 併設施設の状況等 |
| 12 | その他 |
| 変　更　年　月　日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。