様式第2号

介護予防・日常生活支援総合事業　変更届出書

　　　年　　　月　　　日

　長与町長　宛

所在地

名　称

代表者職・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 |  |
|  |
|  |
|  |
| 提供する事業の種類 | 訪問介護相当サービス事業通所介護相当サービス事業（変更する事業の種類に○を付してください。） |
| 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 | 事業者の名称又は主たる事務所の所在地 |
| ４ | 代表者の職名、氏名、生年月日又は住所 |
| ５ | 定款、寄付行為等若しくはその登記事項証明書又は条例等 |
| ６ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | （変更後） |
| ７ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴 |
| ８ | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | 併設施設の状況等 |
| 11 | 役員の氏名、生年月日 |
| 変　更　年　月　日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

備考

１　該当項目番号に○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　事業の種類に対応する付表を添付してください。

４　変更した日から１０日以内に届けてください。