様式第４号（第６条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書

年　　月　　日

高根沢町長

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いので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 所在地 |
| 名称 |
| サービスの種類 |  |
| 変更があった事項（変更があった事項に○をつける） | 変更の内容 |
| 1 | 事業所（施設）の名称 | （変更前） |
| 2 | 事業所の所在地（開設の場所） |
| 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 | 定款、寄付行為等及びその登録事項証明書または条例等（当該事業に関するものに限る） |
| （変更後） |
| 7 | 事業所の平面図、設備等の概要等 |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 協力医療機関（病院）または協力歯科医療機関との契約の内容等 |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援の体制 |
| 12 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 |
| 13 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 15 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 16 | 併設施設の状況等 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

（注）１　該当項目番号に○印をつけてください。

２　変更の内容がわかる書類を添付してください。