

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

五ヶ瀬町長 様

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						変更の内容						
1	事業所の名称					(変更前)						
2	事業所の所在地											
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	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	事業所の平面図、設備の概要等					(変更後)						
8	事業所の管理者等の氏名、生年月日、住所及び経歴											
9	運営規程											
10	介護予防・生活支援サービス事業費の請求に関する事項											
11	役員等の氏名、生年月日及び住所											
12	本体施設、本体施設との移動経路等											
13	併設施設の状況等											
変更年月日						年 月 日						
届出書担当者						連絡先						

(注)

- 1 該当項目番号に○印を付けてください。
- 2 変更の内容が分かる書類を添付してください。