様式第２号（第５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

　五戸町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事 業 者 名　　　称　　　　　　　　　　　　 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、住所及び職名 |
| ６ | 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・施設の建物の構造、専用区画等 | （変更後） | | | | | | | | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | サービス費の請求に関する事項 |
| 11 | その他 |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

備考　 １　該当項目番号に〇で囲んでください。

　　　 ２　変更内容が分かる書類を添付してください。