



変更後 10 日以内に届け出てください。

介護予防・日常生活支援総合事業の事業者変更届出書

令和元 年 8 月 8 日

加古川市長 様

所在地 加古川市〇〇町〇〇111-1

・申請者＝法人情報
・代表者の職名も記入
・代表者印（実印）を使用

申請者 法人名 株式会社 〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇〇〇



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。

		介護保険事業所番号	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
指定内容を変更した事業所		名称	加古川〇〇ヘルパーステーション										
		所在地	加古川市〇〇町〇〇333-3										
サービスの種類		介護予防型訪問サービス											
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	⑧管理者：〇〇 〇〇											
3	申請者の名称	⑫その他											
4	主たる事務所の所在地	サービス提供責任者：〇〇 〇〇											
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記事項証明書又は条例（当該事業に関するものに限る。）												
7	事業所の建物の構造、専用区画等	(変更後)											
8	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	⑧管理者：□□ □□											
9	運営規程	⑫その他											
10	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関する事項	サービス提供責任者：□□ □□											
11	役員の氏名、生年月日及び住所												
12	その他												
変更年月日		令和元年 8月 1日											
届出書担当者		〇〇			連絡先			000-0000-0000					

備考

- 1 該当項目番号に○を付し、変更内容が分かる書類を添付すること。
- 2 変更内容については「変更前」と「変更後」の内容を具体的に記入すること。
- 3 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関する事項に係る変更については、「加古川市介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書」も合わせて提出すること。
- 4 変更があった日以後 10 日以内に届け出ること。