様式第４号（第７条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業の事業者変更届出書

　　年　　月　　日

加古川市長　殿

所在地

届出者　法人名

代表者の職名・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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 介護保険事業所番号 | | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類（該当するものに○） | | |  | 介護予防型訪問サービス・ターミナル支援型訪問サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 生活援助型訪問サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | 介護予防型通所サービス | | | | | | | | | | | | | |
|  | トレーニング型通所サービス | | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項（該当番号に○） | | | 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 | 申請者の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 | 登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） | | （変更後） | | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | |
| ８ | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 | |
| ９ | 運営規程 | |
| 10 | その他 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出担当者 | |  | | | 連絡先 | | | | | |  | | | | | | |

備考

１　変更内容が分かる書類を添付してください。

２　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。