様式第２号（第５条関係）

稲敷市介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業者指定変更届出書

　　年　　月　　日

稲敷市長　様

事業者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　㊞

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 |  |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| １ | 申請者（法人等）の名称 | （変更前） |
| ２ | 申請者の主たる事務所の所在地 |
| ３ | 代表者の氏名，住所及び職名 |
| ４ | 指定を受けている事業所の名称 |
| ５ | 指定を受けている事業所の所在地 |
| ６ | 登記簿謄本又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 | （変更後） |
| ８ | 事業所の管理者の氏名又は住所 |
| ９ | 運営規定 |
| １０ | 同一所在地内で行う事業に関する事項 |
| １１ | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約内容【第１号通所事業のみ】 |
| １２ | 利用定員【第１号通所事業のみ】 |
| 変更年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |

注：変更があった事項に係る番号を〇で囲んでください。

変更内容がわかる書類を添付してください。