様式第２号（第４条関係）

かほく市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

　　年　　月　　日

かほく市長　　　　　　様

事業者　所在地

法人名

代表者氏名

指定を受けた内容を変更しましたので、かほく市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱第４条の規定により次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 介護保険事業所番号 | |  |
| 指定を受けた内容を変更した事業所 | | | 名称 | | |
| 所在地 | | |
| 事業の種類 | | |  | | |
| 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 | 主たる事務所の所在地 | |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | |
| 5 | 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。) | |
| 6 | 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 | |
| 7 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | (変更後) | | |
| 8 | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |
| 9 | 運営規程 | |
| 10 | 第１号事業支給費の請求に関する事項 | |
| 11 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | |
| 12 | 併設施設の状況等 | |
| 13 | その他 | |
| 変更年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 担当者　職・氏名 | |  | 電話番号 |  | |
| ＦＡＸ番号 |  | |

備考

１　該当する項目番号を○で囲んでください。

２　変更の内容が分かる書類を添付してください。