様式第４号

介護予防・日常生活支援サービス事業所 変更届出書

年　　　月　　　日

（宛先）明日香村長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印

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 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サ―ビスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 申請者の名称 |
| ４ | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| ５ | 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。） |
| ６ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ７ | 事業所の管理者の氏名及び住所 |
| ８ | 運営規程 |
| ９ | 定員 |
| 10 | その他 |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考 １ 該当項目番号に〇を付してください。

２ 変更内容が分かる書類を添付してください。