様式6

**介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所　変更届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　荒　尾　市　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者職氏名

　　　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（施設） | | 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 | 事業所・施設の名称 | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所・施設の所在地 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日及び住所 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ６ | 事業所・施設の管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| ７ | 運営規程 |
| ８ | 介護予防・生活支援サービス費の請求に関する事項 |
| 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。