

様式第3号 (第6条関係)

甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

甲佐町長 様

所在地

事業(開設)者 名 称

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。

		介護保険事業者番号													
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、住所及び職名														
6	定款・寄附行為等及びその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。)														
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	(変更後)													
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所														
9	運営規程														
10	サービス費の請求に関する事項														
11	役員の氏名及び住所														
12	その他														
変 更 年 月 日		年 月 日													

- 備考 1 該当項目番号に○で囲んでください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。