室戸市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業

別記様式第４号（第６条関係）

**変更届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　室戸市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　名　称

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 所在地 | | |
| 名称 | | |
| 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、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、専用区画及び平面図 | | （変更後） | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |
| 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、生年月日及び住所 | |
| １２ | その他 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |

備考　１　「変更があった事項」欄は、該当する項目の番号を〇で囲んでください。

　　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。