様式第４号

年　　月　　日

吉見町長　　　　　様

所在地

事業者　名　称

代表者氏名

吉見町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 事業者番号 |  |
| 指定した内容を変更した事業所 | | | 名称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 | | | 訪問型サービス・通所型サービス |
| 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 | 主たる事務所の所在地 | |
| 5 | 代表者の氏名、住所および職名 | |
| 6 | 定款･寄附行為等およ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 | 事業所の建物の構造、専用区画等 | |
| 8 | 事業所の管理者等の氏名および住所 | | （変更後）    ・指定介護予防・生活支援サービスの実施内容の届出  （添付書類）  ・付表および添付書類一覧の  とおり |
| 9 | 運営規程等に係る事項 | |
| 10 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 | |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制 | |
| 12 | 介護予防・生活支援サービス事業費の請求に関する事項 | |
| 13 | 役員の氏名及び住所 | |
| 14 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | |
| 15 | 併設施設の状況等 | |
| 16 | その他 | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 |

※１　サービスの種類の名称及び変更があった事項の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。