様式第４号（第６条関係）

年　　月　　日

郡上市長　様

事業者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　㊞

郡上市介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 指定事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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、住所及び職名 |
| ６ | 定款・寄付行為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 |
| 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 | （変更後） | | | | | | | | |
| 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・生活支援事業サービス費の請求に関する事項 |
| 13 | 役員の氏名及び住所 |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及び登録番号等 |
| 15 | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| 16 | 併設施設の状況等 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |

備考

１　該当項目番号に○を付してください。

２　付表及び変更内容がわかる書類を添付してください。

３　変更があった日から10日以内に届け出てください。