様式第４号（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　月　　日

　米　原　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

届出者　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

米原市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定内容変更届出書

　米原市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第１号事業者の指定等に関する規則第６条第１項の規定により、次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | |
| 変更事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | |
| １ | 事業者・施設の名称 | （変更前） | | | | | | | | | |
| ２ | 事業者・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、生年月日および住所 |
| ６ | 登録事項証明書または条例等  （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 | 事業所の管理者の氏名、生年月日および住所 |
| ９ | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所および経歴 |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | その他 |
| 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。

　　３　変更の日から10日以内に届け出てください。