様式第２号（第７条関係）

石岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定変更届出書

年　　　月　　　日

　石岡市長　宛

所在地

事業者名称

代表者氏名

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 指定事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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，生年月日，住所及び職名 | |
| ６ | 定款・寄付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 | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名，生年月日，住所及び経歴 | | （変更後) | | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 | |
| 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 | 第１号事業サービス費の請求に関する事項 | |
| 13 | 役員の氏名，生年月日及び住所 | |
| 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　変更内容が分かる書類を添付してください。

　３　様式第１号及び付表を添付してください。

　４　変更した日から10日以内に届けてください。