様式第４号（第５条関係）

藤井寺市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

藤井寺市長 様

 　　　所　在　地

事 業 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すので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | 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 | 事業所の名称及び所在地（施設の名称及び開設の場所） | （変更前） |
| 2 | 申請者（開設者）の名称 |
| 3 | 主たる事務所の所在地 |
| 4 | 代表者の氏名・生年月日・住所及び職名 |
| 5 | 定款･寄附行為等及びその他登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| 6 | 建物の構造概要・平面図及び設備の概要（事業所の平面図及び設備の概要） |
| 7 | 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） |
| 8 | 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 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。