様式第７号（第５条関係）

美里町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年　　月　　日

（宛先）美里町長

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| サービスの種類 |  |
| 変更があった事項（変更があった事項に係る番号を○で囲む。） | 変更の内容 |
| 1 | 申請者（法人等）の名称 | （変更前） |
| 2 | 申請者の主たる事務所の所在地 |
| 3 | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| 4 | 指定を受けている事業所の名称 |
| 5 | 指定を受けている事業所の所在地 |
| 6 | 定款・寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| （変更後） |
| 7 | 事業所の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 |
| 8 | 事業所の管理者の氏名又は住所 |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 第１号事業支給費の請求に関する事項 |
| 11 | 役員の氏名及び住所 |
| 12 | 同一所在地内で行う事業に関する事項 |
| 13 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約内容【第１号通所事業のみ】 |
| 14 | 利用定員【第１号通所事業のみ】 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

　　注: 変更内容がわかる書類を添付してください。