様式第３号（第４条関係）

　　年　　月　　日

瀬戸内市長　様

**瀬戸内市介護予防・日常生活支援総合事業変更届出書**

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 | | 内容の変更 | | | | | | | | | |
| 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、住所及び職名 |
| 6 | 申請者の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。） |
| 7 | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | （変更後） | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 |
| 9 | サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | その他 |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目番号に〇で囲んでください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。