

様式第7号（第5条関係）

本宮市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

本宮市長

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。