様式第３号（第５条関係）

**大和町介護予防・日常生活支援総合事業 指定事業者内容変更届出書**

年　　月　　日

　　　　　　　　大和町長　殿

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 | 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，住所及び職名 |
| 6 | 定款・寄附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及び住所 |
| 9 | 運営規程 | （変更後） |
| 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 | 事業費算定に関する事項（加算の変更等） |
| 13 | 役員の氏名及び住所 |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 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。