様式第６号（第７２条関係）

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）知多北部広域連合長

所　 在 　地

事業者　名称

代表者職・氏名

次のとおり介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の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（施設） | | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | 事業者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ６ | 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 |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日及び住所 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 |
| １０ | 本体施設、本体施設との移動経路等 |
| １１ | 併設施設の状況等 |
| １２ | その他 |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考

１　該当項目番号に〇を付してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。