様式第４号（第５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

　古河市長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　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、古河市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第１号事業者の指定等に関する要綱第５条第１項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 名称 |
| 指定内容を変更した事業所 | 所在地 |
|  | サービスの種類等 |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| １ | 事業所の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地 |  |
| ３ | 申請者の名称及び主たる事務所の所在地 |  |
| ４ | 代表者（開設者）の氏名、生年月日、住所及び職名 |  |
| ５ | 登記事項証明書、条例等（当該事業に関するものに限る。） |  |
| ６ | 事業所の建物の構造、専用区画等及び平面図 |  |
| ７ | 設備及び備品の概要 |  |
| ８ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | （変更後） |
| ９ | サービス提供責任者（訪問事業責任者）の氏名、住所及び経歴 |  |
| 10 | 運営規程 |
| 11 | 事業所の種別 |  |
| 12 | 利用者の定員 |  |
| 13 | 併設施設の状況等 |  |
| 14 | その他必要と認める事項 |  |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |
| ※１　該当項目番号に○印を付してください。　２　変更内容が分かる書類を添付してください。 |