

幸田町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業指定事業指定変更届出書

年 月 日

幸田町長 様

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・寄附行為及びその登録事項証明書・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	運営規程	
10	サービス費の請求に関する事項	
11	役員の氏名及び住所	
12	その他	
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。