

様式第4号（第8条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者指定内容変更届出書

年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

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	所在地	
	名称	
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	事業所の所在地（開設の場所）	
3	申請者（開設者）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	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	事業所の平面図、設備の概要等	
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
9	運営規程	
10	協力医療機関（病院）又は協力歯科医療機関との契約の内容等	
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援の体制	
12	第1号事業支給費の請求に関する事項	
13	役員の氏名、生年月日及び住所	
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

- (注) 1 該当項目番号に○印を付けてください。
2 変更の内容が分かる書類を添付してください。

様式第5号（第8条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業
廃止・休止届出書

年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

所在地
届出者 名 称
代表者氏名

㊟

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止・休止する事業所	所在地								
	名称								
サービスの種類									
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止								
廃止・休止する年月日	年 月 日								
廃止・休止する理由									
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置									
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日								

様式第6号（第8条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業
再開届出書

年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

届出者 所在地
名称
代表者氏名

㊞

次のとおり事業を再開したので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
再開した事業所	所在地								
	名称								
サービスの種類									
再開した年月日	年 月 日								
再開した理由									

(注) 当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

様式第7号（第9条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者指定辞退届出書

年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様

所在地
届出者 名 称
代表者氏名

㊞

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
指定を辞退する事業所	所在地								
	名 称								
指定を受けた年月日	年 月 日								
指定を辞退する年月日	年 月 日								
指定を辞退する理由									
現に施設に入所している者に対する措置									

(注) 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。