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 | | | | （変更後） | | | | | | | |
| 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。