

第5号様式(第14条関係)

平群町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者変更届出書

年 月 日

平群町長 殿

住所  
事業者 (所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

平群町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第14条第1項の規定により、指定を受けた内容を変更しましたので、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

		介護保険事業者番号							
指定内容を変更した事業所等		名称							
		所在地							
サービスの種類									
変更があった事項(該当に○)		変更の内容							
	事業所(施設)の名称	(変更前)							
	事業所(施設)の所在地								
	申請者の名称								
	主たる事務所の所在地								
	代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所								
	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等								
	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)							
	運営規程								
	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関								
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制								
	本体施設、本体施設との移動経路等								
	併設施設の状況等								
	その他								
変更年月日									
届出担当者		連絡先							

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。