

知立市介護予防・日常生活支援総合事業
第1号事業者変更届出書

年 月 日

知立市長 様

所在地
名称
代表者氏名 ⑩

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。

		介護保険事業所番号										
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・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○で囲んでください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。