様式第６号（第９条関係）

指定第１号事業者変更届出書

年　　月　　日

　桜川市長　　　　　　様

事業者　所在地

法人名

代表者の職・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 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定した内容を変更した事業所 | 事業所の名称 | フリガナ |  |
|  |  |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| 変更するサービスの種類 | 　 |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| １ | 事業所の名称 | （変更前）（変更後） |
| ２ | 事業所の所在地、電話番号 |
| 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 | 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 | 事業所の建物の構造、平面図等 |
| ８ | 運営規程 |
| ９ | 管理者、サービス提供責任者の氏名、住所 |
| １０ | 利用者の推定数 |
| １１ | 協力医療機関（病院）又は協力歯科医療機関 |
| １２ | 事業所の種別 |
| １３ | その他 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

備考

１　該当する項目の番号に○をしてください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。