様式第７号(第9条関係)

変更届出書

　第　　　　　号

年　　月　　日

　山都町長　様

住所

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ま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 | | 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 | 申請者（法人等）の名称 | （変更前） | | | | | | | | | | | |
| 2 | 申請者の主たる事務所の所在地 |
| 3 | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| 4 | 指定を受けている事業所の名称 |
| 5 | 指定を受けている事業所の所在地 |
| 6 | 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書・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及び平面図、並びに設備の概要等 |
| 8 | 事業者の管理者の氏名又は住所 | （変更後） | | | | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 第１号事業支給費の請求に関する事項 |
| 11 | 役員の氏名及び住所 |
| 12 | 同一所在地内で行う事業に関する事項 |
| 13 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約内容【第１号通所事業のみ】 |
| 14 | 利用定員【第１号通所事業のみ】 |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

備考1　該当項目番号に○を付してください。

　　2　変更内容が分かる書類を添付してください。