様式第２号（第１６条関係）

みやま市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者変更届出書

年　　月　　日

みやま市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 |  |
| 申請者 | 名称 |  |
|  | 代表者職・氏名 |  |

下記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 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所の所在地 | | | | | |
| ３ | 申請者の名称 | | | | | |
| ４ | 申請者の主たる事務所の所在地 | | | | | |
| ５ | 申請者の代表者の氏名、住所及び職名 | | | | | |
| ６ | 申請者の定款等（当該事業に関するものに限る。） | | | | | |
| ７ | 管理者の氏名及び経歴 | | | | | |
| ８ | サービス提供責任者の氏名及び経歴 | | | | | | 変更後 | | | | | | | | | | | | | | |
| ９ | 事業所の建物の構造及び非常災害設備等 | | | | | |
| １０ | 運営規定 | | | | | |
| １１ | 第１号事業支給費の請求に関する事項 | | | | | |
| １２ | 役員等の氏名及び住所 | | | | | |
| １３ | 事業の代表者の氏名及び住所  （事業の代表者が法人代表者と異なる場合） | | | | | |
| １４ | 事業所の土地・建物の所有者 | | | | | |
| 変更年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 記入担当者 | 職名 | |  | | | | | 氏名 | | | |  | | | | | |
| 電話 | |  | | | | | ＦＡＸ | | | |  | | | | | |

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。

　３　「変更の内容」欄に書ききれない場合は、別紙に変更前後の内容を記載し添付してください。