

新宮市介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業者 変更届出書

年 月 日

(あて先)

新宮市長

所在地
申請者
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 (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	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	従事者登録一覧表の記載内容 (予防基準緩和型訪問介護)																	
11	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。