栄村介護予防・日常生活支援総合事業指定事項変更届出書

年　　　月　　　日

栄　村　長　　様

所　在　地

事業者　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり指定を受けた内容に変更があったので、関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1　指定内容を変更した事業所の名称及び所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 2　サービスの種類 | |  | | | | | | | | | |
| 3　変更事項 | |  | | | | | | | | | |
| 4　変更内容 | 変更前 |  | | | | | | | | | |
| 変更後 |  | | | | | | | | | |
| 5　変更事由 | |  | | | | | | | | | |
| 6　変更年月日 | |  | | | | | | | | | |

備考

　１　変更内容が分かる書類を添付してください。なお、利用者の定員の増加に伴うものは当該サービスに係る事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。

　２　変更の日から10日以内に届け出てください。