様式第４号（第５条関係）

南伊勢町介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業者　指定内容変更届出書

年　　月　　日

　　南伊勢町長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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たので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更　　した事業所 | 所在地 |
| 名称 |
| 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（開設者）の氏名、生年月日及び住所 |
| ６ | 登録事項証明書又・条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所の平面図、設備の概要等 |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所 |
| ９ | 運営規程 | （変更後） |
| １０ | サービス費の請求に関する事項 |
| １１ | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| １２ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　 |
| 変 更 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日 |

（注）

　　１　該当項目番号に○印を付けてください。

　　２　変更の内容が分かる書類を添付してください。