様式第３号（第４条関係）

十和田市指定居宅介護支援事業及び指定介護予防支援事業変更（再開）届出書

年　　月　　日

十和田市長　様

所在地

事業者　　名称

代表者氏名

　次のとおり指定を受けた内容を変更・再開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・再開した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | 指定居宅介護支援事業・指定介護予防支援事業 | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所・施設の名称、所在地、電話番号、FAX番号 | (変更前) | | | | | | | | | | |
| ２ | 申請者の名称、主たる事務所の所在地 |
| ３ | 代表者の氏名、生年月日、住所、職名 |
| ４ | 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。) |
| ５ | 事業所の平面図 | (変更後) | | | | | | | | | | |
| ６ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所、経歴 |
| ７ | 運営規程 |
| ８ | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 変更・再開年月日 | | 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。