

年 月 日

堺市長 殿

申請者 主たる事務所の所在地
名 称
代表者職氏名



次のとおり指定を受けた内容を変更したので、堺市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定等に関する要綱第5条の規定により次のとおり届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 介護保険事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所又は施設 | | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | 介護予防訪問サービス | | | | | | | | | | | |
| 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 | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 代表者の氏名、住所及び職名 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 登記事項証明書 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所の平面図 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所の設備 | (変更後) | | | | | | | | | | | |
| 9 | 事業所の管理者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | サービス提供責任者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 事業所の運営規程 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 第1号事業支給費の請求に関する体制等 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | その他 | 「介護給付費算定に係る体制等 状況一覧表（改定用）」のとお | | | | | | | | | | | |
| 変 更 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 3 年 4 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 変更理由 介護報酬算定基準の改定があったため | | | | | | | | | | | | | |

- 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。

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| 担当者 | | 連絡先 | |
|-----|--|-----|--|