様式第４号（第１０条関係）

小金井市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）小金井市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事 業 者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者の指定を受けた内容を下記のとおり変更しましたので、小金井市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第１号訪問事業及び第１号通所事業の実施に関する要綱第１０条第１項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 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 | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書又は規程等（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 | サービス費の請求に関する事項 |
| 11 | 役員の氏名及び住所 |
| 12 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変　更　年　月　日 | 　　　年　　　月　　　日 |

備考　 １　該当項目番号を〇で囲んでください。

　　　 ２　変更内容が分かる書類を添付してください。