

様式第3号（第7条関係）

八尾市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年 月 日

（あて先）八尾市長

届出者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者の職・氏名

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、八尾市介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定並びに介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める規則第7条第1項の規定により届け出ます。

|                               |  |           |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
|                               |  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所                  |  | 名称        |  |  |  |  |  |  |  |
|                               |  | 所在地       |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業の種類                         |  |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項（変更があった事項に係る番号を○で囲む。） |  | 変更の内容     |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                             | 指定事業者の名称                               | (変更前)     |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                             | 指定事業者の主たる事務所の所在地                       |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                             | 代表者の職・氏名・生年月日・住所                       |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                             | 指定を受けている事業所の名称                         |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                             | 指定を受けている事業所の所在地                        |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                             | 定款・寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                             | 事業所の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要               |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                             | 事業所の管理者の氏名・生年月日・住所                     | (変更後)     |  |  |  |  |  |  |  |
| 9                             | 運営規程                                   |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 10                            | 第1号事業支給費の請求に関する事項                      |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 11                            | 役員職の職・氏名・生年月日・住所                       |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 12                            | 同一所在地内で行う事業に関する事項                      |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 13                            | 利用定員（第1号通所事業に限る。）                      |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 14                            | サービス提供責任者又は訪問事業責任者                     |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 15                            | その他                                    |           |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更年月日                         |  | 年 月 日     |  |  |  |  |  |  |  |

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。