様式第４号（第６条関係）

川北町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年　　月　　日

（宛先）川北町長　あて

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（変更があった事項に係る番号を○で囲む。） | 変更の内容 |
| 1 | 申請者（法人等）の名称 | （変更前） |
| 2 | 申請者の主たる事務所の所在地 |
| 3 | 代表者の氏名、住所及び職名 |
| 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。） |
| （変更後） |
| 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又は住所 |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 第１号事業支給費の請求に関する事項 |
| 11 | 役員の氏名及び住所 |
| 12 | 同一所在地内で行う事業に関する事項 |
| 13 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約内容【第１号通所事業のみ】 |
| 14 | 利用定員【第１号通所事業のみ】 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

　　注: 変更内容がわかる書類を添付してください。

様式第５号（第６条関係）

川北町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

年　　月　　日

（宛先）川北町長　あて

所在地

事業者　名　称

代表者氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止する事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| サービスの種類 |  |
| 廃止・休止の別（いずれかを○で囲む。） | 廃止　　　・　　　休止 |
| 廃止・休止する年月日 |  |
| 休止予定期間（休止する場合のみ記入） |  |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 現にサービス等を受けていた者に対する措置（具体的に記入してください。） |  |

様式第６号（第６条関係）

川北町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

年　　月　　日

（宛先）川北町長　あて

所在地

事業者　名　称

代表者氏名

次のとおり事業を再開したので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| サービスの種類 |  |
| 再開した年月日 |  |
| 再開した理由 |  |

注: 再開する事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を

　 添付してください。