様式第３号（第５条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者

（介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス）変更届出書

年　　月　　日

　 竹 原 市 長　様

届出者　所在地

法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　 　　㊞

介護保険法に規定する第１号事業者（介護予防訪問介護相当サービス・介護予防通所介護相当サービス）の変更について，次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 変更する事業の種類 |  | 変更する事　　業 | 変更年月日 |
| 第１号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス） |  |  |
| 第１号通所事業（介護予防通所介護相当サービス） |  |  |
| 変更内容（変更前と変更後の内容を下欄に具体的に記入してください。） |
| 変更前 |  |
| 変更後 |  |

備考

１　「変更する事業」の欄は，今回変更を届け出る事業に「○」を記入してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。