様式第５号(第５条関係)

矢巾町介護予防・日常生活総合事業第１号事業者変更届出書

年　　月　　日

　矢巾町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事務所の所在地 |  |
| 届出者 | 名称 |  |
|  | 代表者の職氏名 |  |

　次のとおり指定に係る事項に変更がありましたので、矢巾町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱第５条第1項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定に係る事項に変更があった事業所又は施設 | | 名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | |
| メールアドレス |  | | | | | | | | | | |
| 変更に係るサービスの種類 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 事業所又は施設の名称 | | 変更前 |  | | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業所又は施設の所在地 | |
| 3 | 事業者又は開設者の名称 | |
| 4 | 事業者又は開設者の主たる事務所の所在地 | |
| 5 | 事業者又は開設者の代表者の氏名、生年月日又は住所 | |
| 6 | 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等  (指定に係る事業に関するものに限る。) | |
| 7 | 事業所又は施設の建物の構造概要、設備の概要等 | | 変更後 |  | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 | |
| 9 | サービス提供責任者の氏名又は住所 | |
| 10 | 生活相談員の氏名又は住所 | |
| 11 | 運営規程 | |
| 12 | 役員の氏名、生年月日又は住所 | |
| 13 | その他 | |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |

　備考

　　1　変更があった事項の欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。

　　2　変更内容を確認できる書類を添付してください。

様式第６号(第５条関係)

矢巾町介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者廃止(休止)届出書

年　　月　　日

　矢巾町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 主たる事務所の所在地 |  |
|  | 名称 |  |
|  | 代表者の職氏名 |  |

　次のとおり事業を廃止(休止)しますので、矢巾町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱第５条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業を廃止(休止)する事業所 | 名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　)  (電話番号　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 事業の廃止又は休止の別 | 廃止　　　　　　　　休止 | | | | | | | | | | | | |
| 届出に係るサービスの種類 |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業を廃止(休止)する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 事業を廃止(休止)する理由 |  | | | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業の休止の予定期間 | 年　　月　　日　から　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | |

備考

　1　事業の廃止又は休止の別の欄は、該当する事項を○で囲んでください。

　2　事業の休止の予定期間の欄は、事業を休止する場合のみ記載してください。

様式第７号(第５条関係)

矢巾町介護予防・日常生活総合事業第１号事業者再開届出書

年　　月　　日

　矢巾町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 主たる事務所の所在地 |  |
|  | 名称 |  |
|  | 代表者の職氏名 |  |

　次のとおり事業を再開しますので、矢巾町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱

第５条第３項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業を再開した事業所 | 名称 | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | (郵便番号　　　―　　　　)  (電話番号　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 届出に係るサービスの種類 |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業を再開した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |