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 |