安芸市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業

様式第4号（第101条関係）

**指定事業者変更届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　安芸市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　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（施設） | | 所在地 | | |
| 名称 | | |
| サ ー ビ ス の 種 類 | |  | | |
| 変 更 が あ っ た 事 項 | | | 変　更　の　内　容 | |
| １ | 事業所・施設の名称 | | （変更前） | |
| ２ | 事業所・施設の所在地 | |
| ３ | 申請者の名称 | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | |
| ６ | 定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） | |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画及び平面図 | | （変更後） | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |
| ９ | 運営規程 | |
| １０ | サービス費の請求に関する事項 | |
| １１ | 役員の氏名、生年月日及び住所 | |
| １２ | その他 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |

備考　１　「変更があった事項」欄は、該当する項目の番号を〇で囲んでください。

　　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。

安芸市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業

様式第5号（第101条関係）

**廃止・休止届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

安芸市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり事業を廃止（休止）しますので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 廃止・休止する事業所・施設 | 所在地 | |
| 名称 | |
| サービスの種類 |  | |
| 廃止・休止の別 | 廃止 ・　休止 | |
| 廃止・休止する年月日 | 年　 　月　 　日 | |
| 廃止・休止する理由 |  | |
| 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置  （廃止・休止の場合のみ） |  | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | |

（注）　１「廃止・休止」欄は、該当するものを「○」で囲んでください。

２　廃止又は休止をする日の1月前までに届け出てください。

安芸市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業

様式第6号（第101条関係）

**再 開 届 出 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

安芸市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

次のとおり事業を再開しま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 | 所在地 | |
| 名称 | |
| サービスの種類 |  | |
| 再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | |
| 再開した理由 |  | |

（注）　事業の再開に係る届出にあっては、当該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。

安芸市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業

様式第7号（第102条関係）

**指 定 辞 退 届 出 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

安芸市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 指定を辞退する事業所 | 所在地 | |
| 名称 | |
| 指定を受けた年月日 | 年　　 　月　 　　日 | |
| 指定を辞退する年月日 | 年　　 　月　　 　日 | |
| 指定を辞退する理由 |  | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 |  | |

　（注）　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。