

みどり市介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

みどり市長

様

所在地

事業者 名称

代表者氏名

印

このことについて関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地		郵便番号				
	連絡先		電話番号		FAX 番号		
	法人の種別				法人所管庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ		生年月日	
				氏名			
代表者の住所		郵便番号					
事業所施設の状況	フリガナ						
	事業所の名称						
	事業所の所在地		郵便番号				
	連絡先		電話番号		FAX 番号		
	管理者の氏名						
	管理者の住所						
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(変更の場合)
	介護予防訪問介護相当サービス				1 新規 2 変更 3 終了		
	介護予防通所介護相当サービス				1 新規 2 変更 3 終了		
	その他 ()				1 新規 2 変更 3 終了		
介護保険事業所番号							
特記事項		変更前			変更後		

備考 1 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社、有限会社等の別を記入してください。

2 「法人所管庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、主務官庁の名称を記載してください。