

様式第一号(五)

老人居宅生活支援事業

変更届出書

年 月 日

所在地
宇都宮市長 様

申請者 名称

代表者職名・氏名

老人福祉法上に規定する事業所について、次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。

変更年月日		年 月 日																																				
変更があった事項(該当に○)		変更の内容																																				
変更内容	事業の種類及び内容	(変更前)																																				
	経営者の氏名(法人であるときは、その名称)	(変更後)																																				
	経営者の住所(法人であるときは、主たる事務所の所在地)																																					
	主な職員の氏名																																					
	事業を行おうとする区域																																					
	事業所の名称																																					
	事業所の種類																																					
	事業所の所在地																																					
	事業所の入所定員、登録定員又は入居定員																																					
	その他																																					
備考 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。																																						
<table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3">-----</td> </tr> <tr> <td>氏名(名称)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>住所(主たる事業所の所在地)</td> <td colspan="3">(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td>(内線)</td> <td>FAX番号</td> </tr> <tr> <td>法人等の種類</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">法人の吸收合併又は吸收分割における届出時に□</td> </tr> </table>			フリガナ	-----			氏名(名称)				住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	法人等の種類				法人の吸收合併又は吸收分割における届出時に□															
フリガナ	-----																																					
氏名(名称)																																						
住所(主たる事業所の所在地)	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村																																					
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号																																			
法人等の種類																																						
法人の吸收合併又は吸收分割における届出時に□																																						
<table border="1"> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="3">-----</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>事業の種類</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 老人居宅介護等事業 <input type="checkbox"/> 老人デイサービス事業 <input type="checkbox"/> 老人短期入所事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 認知症対応型老人共同生活援助事業 <input type="checkbox"/> 複合型サービス福祉事業 </td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3">(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td>(内線)</td> <td>FAX番号</td> </tr> <tr> <td>事業を行おうとする区域</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>主な職員</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>入所／入居／登録定員</td> <td>人</td> <td colspan="2">※老人居宅介護等事業の場合は記入不要</td> </tr> </table>			フリガナ	-----			名称				事業の種類	<input type="checkbox"/> 老人居宅介護等事業 <input type="checkbox"/> 老人デイサービス事業 <input type="checkbox"/> 老人短期入所事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 認知症対応型老人共同生活援助事業 <input type="checkbox"/> 複合型サービス福祉事業			所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号	事業を行おうとする区域				主な職員	フリガナ			氏名				入所／入居／登録定員	人	※老人居宅介護等事業の場合は記入不要	
フリガナ	-----																																					
名称																																						
事業の種類	<input type="checkbox"/> 老人居宅介護等事業 <input type="checkbox"/> 老人デイサービス事業 <input type="checkbox"/> 老人短期入所事業 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業 <input type="checkbox"/> 認知症対応型老人共同生活援助事業 <input type="checkbox"/> 複合型サービス福祉事業																																					
所在地	(郵便番号 -) 都 道 市 区 府 県 町 村																																					
連絡先	電話番号	(内線)	FAX番号																																			
事業を行おうとする区域																																						
主な職員	フリガナ																																					
氏名																																						
入所／入居／登録定員	人	※老人居宅介護等事業の場合は記入不要																																				
添付書類		別添のとおり																																				