

変更届出書（日中一時支援）

年 月 日

（宛先）新潟市長

事業者 所在地
名称
代表者

次のとおり登録を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| | | 事業所番号 | | | | | | | | |
|--------------|--------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 登録内容を変更した事業所 | | 名称 | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | |
| 1 | 事業所の名称 | (変更前) | | | | | | | | |
| 2 | 事業所の所在地 | | | | | | | | | |
| 3 | 申請者（設置者）の名称 | | | | | | | | | |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | |
| 5 | 代表者の氏名及び住所 | | | | | | | | | |
| 6 | 事業所の平面図及び設備の概要 | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所の管理者の氏名及び住所 | | | | | | | | | |
| 8 | 主たる対象者 | (変更後) | | | | | | | | |
| 9 | 運営規程 | | | | | | | | | |
| 10 | 生活支援給付費の請求に関する事項 | | | | | | | | | |
| 11 | 事業所の種別（単独型・併設型・空床型の別） | | | | | | | | | |
| 12 | 嘱託医・協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容 | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | |

- 注1 該当項目番号に○をつけてください。
 注2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 注3 変更の日から10日以内に届け出てください。