様式第3号(第5条関係)

**記載例**

**※太字の部分が記載となります。**

雲仙市地域生活支援給付事業指定内容変更届出書

**○○**年**○○**月**○○**日

　雲仙市長　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者(設置者) | 所在地　**○○市○○町○○○○番地**名称　　**社会福祉法人　○○○○**代表者の氏名　　**理事長　○○　○○**　㊞ |

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　事業所番号 | **1234567890** | 　 |
| 指定内容を変更した事業所(施設) | 名称　**居宅支援事業所　○○○○** | 　 |
| 所在地　**○○市○○町○○○○番地** | 　 |
| サービスの種類　**移動支援事業** | 　 |
| 指定内容の変更を行う事業名 | **移動支援事業** |
| 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)**理事長　○○　○○** |
| 2 | 事業所(施設)の所在地(設置の場所) |
| 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 |
| 6 | 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) |
| 7 | 事業所(施設)の平面図及び設備の概要 |
| 8 | 管理者 |
| 9 | サービス提供責任者 |
| 10 | サービス管理責任者 | (変更後)**理事長　××　××** |
| 11 | 相談支援専門員 |
| 12 | 主たる対象者 |
| 13 | 運営規程 |
| 14 | 介護給付費等の請求に関する事項 |
| 15 | 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 |
| 16 | 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要 |
| 変更年月日 | **○○**年**○○**月**○○**日 |

備考1　該当項目番号に○を付してください。

　　2　変更内容がわかる書類を添付してください。

　　3　変更の日から10日以内に届け出てください。