第24号様式の6

介護保険指定特別給付事業者指定事項変更届出書

年　　月　　日

　(宛先)名古屋市長

事業者　住所

氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 法人の場合は、所在地、名称及び代表者氏名 |

　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項 | 変更の内容 | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | | | | | | |

注1　変更内容がわかる書類を併せて提出してください。

　2　変更の日から10日以内に届け出てください。

備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。