第3号様式

担当者氏名	
電　　話	
ファクシミリ	

受付番号	

第1号事業支給費算定に係る届出書＜指定事業者用＞

(宛先)名古屋市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

所　在　地
名　　　称
代表者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

事業所所在地市町村番号	

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		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職　名		フリガナ 氏　名	
	代表者の住所	(郵便番号　　　－　　　)			
事業所の状況	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	(郵便番号　　　－　　　)			

			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)
届出を行う事業等	同一所在地において行う事業等の種類						
	第1号訪問事業	予防専門型訪問サービス			1新規　2変更　3終了		
		生活支援型訪問サービス			1新規　2変更　3終了		
	第1号通所事業	予防専門型通所サービス			1新規　2変更　3終了		
		ミニデイ型通所サービス			1新規　2変更　3終了		
		運動型通所サービス			1新規　2変更　3終了		
	自立支援型配食サービス				1新規　2変更　3終了		

介護保険事業所番号	
医療機関コード等	

特記事項	変　　　更　　　前	変　　　更　　　後