

被爆者介護保険サービス利用助成特定事業者登録事項変更届

鳥取県知事 様

先に交付を受けた被爆者介護保険サービス利用助成特定事業者登録証明書について、下記のとおり変更が生じたので届け出ます。

令和 年 月 日

事業者（法人）の所在地 \_\_\_\_\_

事業者（法人）の名称 \_\_\_\_\_

代表者（職氏名） \_\_\_\_\_

(代表者印を押印)

登録番号 \_\_\_\_\_

※変更する項目に○をつけてください。

- 1 事業者（法人）又は事業所の変更（（1）又は（2）のいずれかに○）
  - (1) 事業者（法人）の変更等
  - (2) 事業所（施設）の変更等

区 分	変 更 前	変 更 後
所 在 地		
名 称		
代表者（職氏名）		
介護保険指定事業所番号		
電話番号		
利用助成金対象サービス		

- 2 事業者（法人）又は事業所の廃止等（1又は2のいずれかに○）

- 1 事業者（法人）  
令和 年 月 日に 廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開
- 2 事業所（事業所名 \_\_\_\_\_）  
令和 年 月 日に 廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開

- 3 事業所の新規開設

別紙のとおり ※様式第1号（別紙）に新規開設される事業所について記載してください。

※登録番号は被爆者介護保険サービス利用助成特定事業者登録証明書に記載された番号を記入してください。