

様式第13号

指定介護予防支援の委託変更届出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 宇都宮市長

所在地 宇都宮市〇〇町〇番〇号
 届出者 名称 社会福祉法人 〇〇〇〇
 代表者(職・氏名) 理事長
 〇〇 〇〇

次のとおり指定介護予防支援の委託内容を変更したいので、届け出ます。

	介護保険事業所番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
指定介護予防支援事業所	名称	〇〇地域包括支援センター
	所在地	宇都宮市〇〇町〇番〇号

委託しようとする指定居宅介護支援事業所の状況

委託内容を変更したい指定居宅介護支援事業所	名称	居宅介護支援事業者 〇〇〇
	所在地	宇都宮市〇〇町〇番〇号
	事業所番号	0970123456
変更する事項		変更の内容
① 委託の休止又は廃止	事業所の名称 事業所の所在地 委託しようとする指定介護予防支援の内容	(変更前) 委託期間：令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (自動更新)
2		(変更後) 事業所廃止のため、令和〇〇年〇〇月 〇〇日にて契約終了
3		
4		
5 委託期間		
変更年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日

備考

- 1 該当項目番号に〇を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

連絡先：TEL 〇〇〇-〇〇〇〇

担当者：〇〇 〇〇