

指定介護予防支援の委託変更届出書

年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

所在地
届出者 名称
代表者 (職・氏名)

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
指定介護予防支援事業所	名称	
	所在地	

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	
	所在地	
	事業所番号	
変更する事項		変更の内容
1	委託の休止又は廃止	(変更前)
2	事業所の名称	
3	事業所の所在地	
4	委託しようとする指定介護予防支援の内容	
5	委託期間	(変更後)
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 変更内容が分かる書類を添付してください。

連絡先：TEL
担当者：