

記載例

提出担当者	連絡先	介護サービス事業部 TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0002	更新申請書の提出担当者を記入してください。 (内容について確認事項がある場合、この提出担当者あてに連絡します。)
	氏名	高齢 福子	

新潟市介護予防・日常生活総合支援事業第1号事業者 指定更新申請書

申請年月日を記入

令和 5 年 2 月 24 日

(あて先) 新潟市長

所在地: 新潟市中央区学校町通1番町602番地1

申請者 名称: 株式会社 高齢者支援サービス

代表者職・氏名: 代表取締役 新潟 一郎

介護保険法に規定する第1号事業者に係る指定更新を新潟市から受けるので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

記

申請者	名称	カブシキガイシャ コウレイシヤンエンサーサービス 株式会社 高齢者支援サービス		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 951 - 8550) ニイガタケン ニイガタシ チュウオウクガッコウチョウドオリ 新潟 都道 新潟 市 郡 中央区学校町通1番町602番地1		
申請	連絡先	電話番号 025-000-0001	FAX番号 025-000-0002	法人が公益法人の場合に記入 (例)社会福祉法人の場合→「厚生労働省」、 「新潟県」又は「新潟市」と記入 営利法人の場合→記入しない
	法人の種別	営利法人		
申請者	代表者の職・氏名	職名 代表取締役	氏名 (フリガナ) ニイガタ イチロウ 新潟 一郎	生年月日 昭和23年4月6日
	代表者の住所	(郵便番号 951 - 8062) ニイガタケン ニイガタシ チュウオウクニシボリマエドオリ 新潟 都道 新潟 市 郡 中央区西堀前通6番町894番地1 西堀6番館ビル4階		
指定更新を受けようとする事業所	事業所の名称	コウレイシヤンエンデイサービスセンター 高齢者支援デイサービスセンター		
	事業所の所在地	(郵便番号 950 - 2097) ニイガタケン ニイガタシ ニシク テラオヒガシ 新潟県 新潟市 西 区 寺尾東3丁目14番41号		
	連絡先	電話番号 025-000-0003	FAX番号 025-000-0004	メールアドレス koreisya@city.niigata.lg.jp
指定年月日	平成29年4月1日			
介護保険事業所番号	1 5 9 0 1 2 3 4 5 6			
介護予防・日常生活総合支援事業第1号事業	サービス種類	申請事業 (○を記入)	現に受けている指定の有効期間満了日	申請する事業に係る添付書類等確認表
	介護予防訪問介護相当サービス		同一所在地において行っている事業等の指定の有効期間の満了日を記入	別紙1
	訪問型基準緩和サービス			別紙2
	介護予防通所介護相当サービス		令和7年5月31日	別紙3
同一所在地で行う事業	通所型基準緩和サービス	○	令和5年3月31日	別紙4
	訪問介護	更新申請する事業に○印を付ける		
	居宅サービス 地域密着型サービス		更新申請する事業所等の指定有効期間の満了日を記入	
	地域密着型通所介護			

添付書類: 別途添付書類等確認表に掲げるとおり。

別紙
記載例

通所型基準緩和サービスの更新申請に係る添付書類等確認表

1 添付書類の確認

該当欄に○を付けること。

添付書類 ※1及び2は申請する日の属する月の前月の実績、 それ以外は申請日現在の状況による書類を添付すること。		既に市長に提出している書類の変更		添付の省略の可否
		有	無	
1	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>変更があれば「有」、なければ「無」に○</p> <p>変更が「有」の書類について、変更後の書類を添付すること。</p>
2	従業員の資格を証する書類	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	誓約書	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	事業所（建物及び敷地）の登記事項証明書、貸借契約書の写しその他の使用権原を証する書類	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

2 変更届の提出状況の確認

該当欄に○を付けること。

申請書（変更届）の記載事項又は書類		既に市長に提出している申請書等の記載事項又は書類の変更		備考
		有	無	
1	事業所の名称及び所在地	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>変更が「有」の事項がある場合、該当する事項の変更届を併せて提出すること。（本来、変更後10日以内に届出が必要。）</p>
2	申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、住所及び職名	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3	申請者の登記事項証明書又は条例等（事業に関係する部分に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4	事業所の平面図及び設備の概要	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5	管理者の氏名、生年月日及び住所	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	運営規程	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

注1 当該事業所の所在地以外の場所に事業の一部を行う施設を有するときは、「事業所」には当該施設を含むこと。

注2 更新申請後、変更届の提出が必要な事項に変更があった場合は、別途、変更届の提出が必要であること。

※当該事項に変更があった場合はなるべく、更新書類を提出する前に、早急に変更届出書を提出願います。
 なお、変更届出が必要な事項については、変更届様式に記載のとおり(変更届記載例参照)ですが、再度、新規申請時に提出した書類を確認のうえ、変更の有無をチェックしてください。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

更新申請提出日の前月分実績を記載してください。
 サービスセンター
 型基準緩和サービス

通所型基準緩和サービスの定員と一体的に運営している通所介護等の定員の合計を記載してください。

利用定員 23 人

サービス提供時間帯 9:00 ~ 16:00 (7 時間) ※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

(令和 5 年 3 月分) (1 日)

有休休暇等の場合は「有」などと表示してください。

職種	勤務形態	氏名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	備考	
			曜日	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		金
管理者	A	〇〇 〇〇		8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0			
生活相談員	A	〇〇 〇〇		8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0			
生活相談員	B	☆☆ ☆☆		4.0	4.0	有	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	介護職員兼務		
看護職員	B	□□ □□		4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	機能訓練指導員兼務		
看護職員	D	〇〇〇 〇〇		2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	機能訓練指導員兼務		
機能訓練指導員	B	□□ □□		4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	看護職員兼務		
機能訓練指導員	D	〇〇〇 〇〇		2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	看護職員兼務		
介護職員	A	×× ××		8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	×	×	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0		
介護職員	C	▲▲ ▲▲		4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	0 4.0		
介護職員	B	☆☆ ☆☆		4.0	4.0	有	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	×	×	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	生活相談員兼務		
介護職員	C	〇△ 〇△		3.0	3.0	4.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0			
介護職員	C	◆◆ ◆◆		3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0	×	×	3.0	3.0	3.0	3.0	3.0			
合計				22.0	22.0	19.0	×	×	22.0	22.0	22.0	22.0	×	×	22.0	22.0	22.0	22.0	×	×	22.0	22.0	22.0	22.0	22.0	×	×	22.0	22.0	22.0	22.0	22.0			
利用者数 (実績)				18	23	18	×	×	18	23	18	23	18	×	×	17	20	15	23	18	×	×	18	23	16	20	18	×	×	15	20	18	23	18	

兼務状況を記載すること

『介護職員』の勤務時間の合計を表示してください。

1日ごとの利用者数を記入してください。

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
 注2: 1月間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。
 注3: 職種ごとに分けて記載すること。
 注4: 実施単位ごとに作成すること。

担当者名	担当者連絡先
新潟 太郎	株式会社新光町サービス TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0002

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

更新申請提出日の前月分実績を記載してください。

デイサービスセンター
型基準緩和サービス

利用定員 5 人

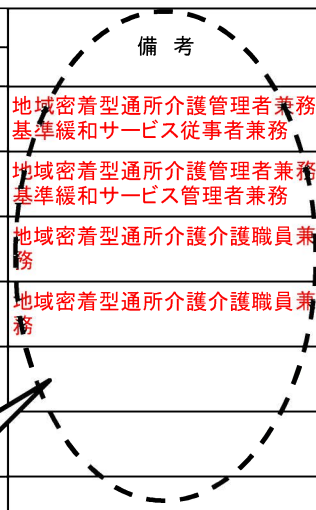
サービス提供時間帯 9:00 ~ 15:00 (6 時間) ※利用者を施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

(令和 5 年 3 月分) (1 日) 有休休暇等の場合は「有」などと表示してください。 基準緩和サービスに従事した時間のみ記載すること

職種	勤務形態	氏名	曜日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	備考	
				水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金		
管理者	D	〇〇 〇〇		1.0	1.0	1.0	×	×	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	×	×	1.0	1.0	1.0	1.0	×	×	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	×	×	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	地域密着型通所介護管理者兼務 基準緩和サービス従事者兼務		
従事者	D	〇〇 〇〇		2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	0.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	×	×	0.0	2.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	0.0	2.0	2.0	2.0	地域密着型通所介護管理者兼務 基準緩和サービス管理者兼務	
従事者	C	△△ △△		2.0	2.0	有	×	×	2.0	0.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	3.0	2.0	2.0	×	×	0.0	4.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	0.0	2.0	2.0	2.0	地域密着型通所介護介護職員兼務	
従事者	C	□□ □□		2.0	2.0	4.0	×	×	2.0	0.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	2.0	0.0	2.0	2.0	×	×	0.0	0.0	2.0	2.0	2.0	×	×	2.0	0.0	2.0	2.0	2.0	地域密着型通所介護介護職員兼務	
合計				6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	0.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	0.0	6.0	6.0	6.0	6.0	×	×	6.0	0.0	6.0	6.0	6.0			
利用者数(実績)				5	5	5	×	×	3	0	2	1	2	×	×	3	3	5	5	5	×	×	0	5	5	5	5	×	×	5	0	5	5	5		

1日ごとの利用者数を記入してください。

兼務状況を記載すること



注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。

注2: 1月間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。

注3: 職種ごとに分けて記載すること。

注4: 実施単位ごとに作成すること。

担当者名	担当者連絡先
新潟 太郎	株式会社新光町サービス TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0002

記載例
(介護予防通所介護相当サービスの場合)

新潟市介護予防・日常生活

※申請日現在の状態を確認するためのものです。
「新規・変更の別」「適用年月日」は記載不要です。
加算内容に変更がある場合は別途「体制届」が必要です。

届出 令和5 年 2 月 24 日

【介護予防相当サービス用】

更新申請書と同日

サービス種類	介護予防通所介護相当サービス	新規・変更の別	1 新規 2 変更
事業所名	高齢者支援デイサービスセンター	適用年月日	年 月 日から適用
事業所番号	1 5 : 7 0 : 1 2 : 3 4 5 : 6	社会福祉法人軽減事業実施の有無	1 なし 2 あり

所在地: 新潟市中央区学校町通1番町602番地

届出者 名称: 株式会社 高齢者支援サービス
(開設者) 代表者の職・氏名: 代表取締役 新潟一郎

提出担当者 連絡先TEL: 025-000-0001 FAX: 025-000-0002
氏名: 高齢 福子

次の区分に該当するものとして、届け出ます。

提供するサービスの種類	届 出 の 内 容		変 更	LIFE への登録	割 引	変 更
	施 設 等 の 区 分	人 員 配 置 区 分				
介護予防 訪問介護 相当サービス			特別地域加算	1 なし 2 あり	1 なし	1 なし
			中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	1 非該当 2 該当	2 あり	2 あり
			中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	1 非該当 2 該当		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ		
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ		
			介護職員等ベースアップ等支援加算	1 なし 2 あり		
介護予防 通所介護 相当サービス			職員の欠員による減算の状況	1 なし 2 看護職員 3 介護職員	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし 2 あり		
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし 2 あり		
			運動器機能向上体制	1 なし 2 あり		
			栄養アセスメント・栄養改善体制	1 なし 2 あり		
			口腔機能向上加算	1 なし 2 あり		
			選択的サービス複数実施加算	1 なし 2 あり		
			事業所評価加算(申出)の有無	1 なし 2 あり		
			サービス提供体制強化加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ		
			生活機能向上連携加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ		
			科学的介護推進体制加算	1 なし 2 あり		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ		
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ		
			介護職員等ベースアップ等支援加算	1 なし 2 あり		

申請日現在の状況を記入してください。

誓 約 書

更新申請書と同日

令和5年 2月 24日

（あて先）新潟市長

所在地： 新潟市中央区学校町通1番町602番地1
申請者（開設者） 名称： 株式会社 高齢者支援サービス
代表者の職及び氏名： 代表取締役 新潟 一郎
電話番号： 025-000-0001
FAX番号： 025-000-0002

申請者、申請者の役員及び管理者は、新潟市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第20条第2項各号の規定に該当しない者であることを誓約します。

記

新潟市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第20条第2項

- （1） 申請者が、前条に規定する基準に従って適正な第1号事業の運営をすることができないと認められるとき。
- （2） 法第115条の2第2項第4号から第5号の3までの規定に該当する者
- （3） 申請者が、法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者（当該取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日前60日以内に役員等であった者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。）であるとき。
- （4） 申請者と密接な関係を有する者が、法第115条の45の9の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過していないとき。
- （5） 申請者が、法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第23条第2項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- （6） 申請者が、法第115条の45の7第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき法第115条の45の9の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として市長が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第23条第2項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- （7） 第5号に規定する期間内に第23条第2項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- （8） 申請者が、指定の申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- （9） 申請者が、法人で、その役員等のうちに第2号、第3号及び第5号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

※記載内容に変更があった場合のみ、提出してください。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所の名称	〇〇〇〇〇〇〇〇訪問介護
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス

措置の概要

1 利用者からの相談又は苦情などに対応する常設の窓口

苦情処理の窓口を以下のとおり設置する。

① 窓口設置場所	住所 新潟市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号	ただし、住所・事業所名・電話番号・対応者職氏名の変更のみの場合は、「変更なし」として差し支えありません。 ⇒ 提出不要!!
	事業所名 〇〇〇〇〇〇〇〇訪問介護	
	電話番号 〇〇〇-△△△-×××× (相談・苦情処理専用番号)	
	携帯番号 〇〇〇-△△△△-××××	
② 窓口開設時間	午前〇時〇分から午後△時△分	
③ 対応者職氏名	役職名 管理者 氏名：〇〇 〇〇	
④ その他	事業所の休業日及び窓口開設時間外は、携帯電話により対応する。	

2 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順

- (1) 相談及び苦情の対応

相談又は苦情電話があった場合は、原則として管理者が対応する。
管理者が対応できない場合は、他職員が対応し、その旨を管理者に速やかに報告する。
- (2) 確認事項

相談対応者は以下の事項について確認を行う。

 - ① 相談又は苦情のあった利用者の氏名
 - ② 提供したサービスの種類、年月日及び時間
 - ③ サービス提供した職員の氏名(利用者が分かる場合)
 - ④ 具体的な苦情・相談内容
 - ⑤ その他参考となる事項
- (3) 相談及び苦情処理回答期限の説明

相談及び苦情の相手に対し、対応した職員の氏名を名乗ると共に、相談・苦情内容に対する回答期限を説明する。
- (4) 相談及び苦情処理

概ね以下の手順により、相談・苦情について処理する。

 - ① 管理者を中心として相談・苦情処理のための会議を開催し、以下の内容を議論する。
 - ・サービスを提供した者からの概況説明
 - ・問題点の洗い出し、整理及び今後の改善についての検討
 - ・文書による回答案の検討
 - ② 文書により回答を作成し、利用者に対し管理者が事情説明を直接行った上で、文書を渡す。
 - ③ 利用者に渡した文書と同様の文書を介護予防支援事業者（地域包括支援センター）にも渡し、苦情又は相談の状況について報告する。
 - ④ 市や国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行ったことを報告する。
 - ⑤ 事業実施マニュアルに改善点を追記し全職員に周知することで、再発の防止を図る。

3 その他参考事項

サービスの提供にあたり、利用マニュアルにおいて接遇などを徹底する他、適宜研修を実施し、より利用者の立場に立ったサービス提供を心がけるよう職員指導を行う。

苦情が出された場合は、誠意を持って対応するものとし、苦情まで至らないケースであっても、利用者から相談・要望を受けた場合は、事例検討の検討材料として以後のサービスの向上に努めることとする。

また、利用者に満足いただけるようなサービスを提供できるよう、職員の健康管理にも十分配慮する。

記載例

変更届出書の提出担当者を記入してください。(内容について確認する場合にこの担当者へ連絡します)

Table with columns: 提出担当者, 連絡先 (氏名, 連絡先), 新光町サービス北町訪問介護 TEL 025-000-0001 FAX 025-000-0002 下越 美子

変更届出書

令和 4 年 4 月 10 日

(あて先) 新潟市長

実際に変更届を提出する日付を記載してください。(変更した日ではありません。変更日は下↓に記入欄があります)

新潟市中央区新光町〇〇番〇〇号 株式会社新光町サービス

代表者の職及び氏名: 代表取締役 新潟 二郎

指定(許可)を受けた内容を、次のとおり変更したので届け出ます。

- サービスの種類の記載方法(例)
●事業所番号が同一の場合は、居宅サービス・介護予防サービスの事業所と一括で届出を行ってください。
訪問介護と合わせて変更届を行う場合は
→「訪問介護、介護予防訪問介護相当サービス」と記載
通所介護と合わせて変更届を行う場合は
→「通所介護、介護予防通所介護相当サービス」と記載
地域密着型通所介護と合わせて変更届を行う場合は
→「地域密着型通所介護、介護予防通所介護相当サービス」と記載
●基準緩和サービスについては、事業所番号が同一の場合であっても、居宅サービス・介護予防サービス及び介護予防相当サービスとは別に作成し、届出を行ってください。

Main application form table with columns: 番号 (1-6), 名称 (新光町サービス北町訪問介護), 所在地 (新潟市中央区北町〇丁目〇番〇号), 訪問介護、介護予防訪問介護相当サービス, 変更の内容 (変更前: 5. 代表取締役 新潟 一郎... 19. 運営規程 第5条... 変更後: 5. 代表取締役 新潟 二郎... 19. 運営規程 第5条...), 令和 4 年 4 月 1 日

変更前と変更後の内容を記載します。複数の変更事項に該当している場合は、このように1枚にまとめても良いですが、下↓の変更年月日が異なる場合は、変更事項ごとに届出を作成してください。

実際に変更があった日を記入する。

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。
3 変更が生じた日から10日以内に提出してください。