別記様式第３号

介護保険サービス利用被爆者助成特定事業者変更届

令和　　年　　月　　日

岡山県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者（法人）の所在地

事業者（法人）の名称

代表者（職　氏名）

岡山県原爆被爆者介護保険利用助成事業実施要綱に基づく、介護保険サービス利用被爆者助成特定事業者の登録事項について、次のとおり変更がありますので届け出ます。

１ 事業所（施設）の名称等（現在の登録内容）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名  （管理者等） |  |

２ 変更内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更事項 | □事業者（法人）の名称　　　　□事業所（施設）の名称  □事業者（法人）の所在地　　　□事業所（施設）の所在地  □事業者（法人）の代表者　　　□事業所（施設）の代表者  □事業の休止　　　　　　　　　□事業の再開 |
| 旧 |  |
| 新 |  |

３ 変更年月日

　　　　　令和　　　　年　　　　　月　　　　　日

※ 事業所（施設）の名称、所在地、代表者に変更がある場合及び事業を休止したときは、介護保険サービス利用被爆者助成特定事業者登録証明書（別記様式第２号）を添付してください。