

第6号様式（第14条関係）

障害者地域生活支援事業サービス提供事業者登録事項変更届

年 月 日

（あて先）上越市長

事業者所在地  
名称  
代表者の氏名

（署名又は記名押印）  
※法人の場合は、記名押印

次のとおり登録を受けた事項について変更があったので届け出ます。

登録内容を変更した事業所		事業所番号	
		名称	
		所在地	
		サービスの種類	
変更があった事項		変更の内容	
1	事業所（施設）の名称	(変更前)	
2	事業所（施設）の所在地（設置の場所）		
3	申請者（設置者）の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名及び住所		
6	定款及び登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）		
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要	(変更後)	
8	事業所（施設）の管理者の氏名及び住所		
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所		
10	主たる対象者		
11	運営規程		
12	介護給付費等（施設訓練等支援費）の請求に関する事項		
13	事業所の種別（併設型又は空床型の別）		
14	併設型における利用者の推定数又は空床型における当該施設の入所者の定員		
15	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容		
16	知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要		
17	当該申請に係る事業の開始予定年月日		
18	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要		
変更年月日		年 月 日	

備考

- 1 該当する項目番号に○を付けてください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。