様式第４号（第11条関係）

年　　月　　日

福岡市長（宛て先）

≪参加申請者（代表事業所）≫

事業所名

事業所所在地

事業所代表者（管理者）

「ふくおか元気向上チャレンジ」参加内容変更等申請書

下記とおり、　第　号で決定を受けた内容について変更等が生じたため、申請します。

記

１　対象者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 氏　名 |  |

　　※登録番号は、参加決定通知書をご確認ください。

２　変更等の内容

該当する項目にチェック（■）してください。

□　参加申請者（代表事業所）の変更

□　代表事業所以外の参加事業所の変更・追加

□　参加辞退（希望による辞退、対象者の死亡・転出、事業所の廃止 等）

　　辞退の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※代表事業所が変更になった場合、変更後の代表事業所が変更申請を行ってください。

※参加辞退とは、対象者自ら参加の辞退を希望するほか、参加要件を満たさなくなった場合

（対象者の死亡・転出、事業所の廃止等）をいいます。

※参加辞退する場合、インセンティブの対象とはなりませんので、ご留意ください。

　※別紙を添付してください。

（別紙）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者情報 | |
| 申請内容 | □参加辞退 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加申請者（代表事業所）の情報 | | | | |
| 申請内容 | □変更　□参加辞退  **※変更がない場合、変更前のみ記入してください。** | | | |
| **変更前【　　年　　月　　日まで】** | |  | **変更後【　　年　　月　　日～】** | |
| 事業所名 |  |  | 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |  | 事業所番号 |  |
|  | |  | サービス種別 |  |
|  | 担当者 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | メールアドレス |  |
|  | ＦＡＸ番号 |  |
|  | 法人名 |  |
|  | 法人代表者 |  |
|  | 法人所在地 |  |
|  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表事業所以外の参加事業所の情報 | | | | |
| **変更の対象となる介護事業所** | |  | **変更後の介護事業所** | |
| □変更【令和 　年　月　日まで】  □参加辞退 | |  | □追加【令和 　年　月　日～】 | |
| 事業所名１ |  |  | 事業所名１ |  |
| 事業所番号 |  |  | 事業所番号 |  |
|  | |  | 所在地 |  |
|  | サービス種別 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | 法人名 |  |
| □変更【令和 　年　月　日まで】  □参加辞退 | |  | □追加【令和 　年　月　日～】 | |
| 事業所名２ |  |  | 事業所名２ |  |
| 事業所番号 |  |  | 事業所番号 |  |
|  | |  | 所在地 |  |
|  | サービス種別 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | 法人名 |  |

※単なるサービス終了の場合、「変更」にチェック（■）してください。

※代表事業所が不在の場合、利用者及びその他の参加事業所も参加辞退扱いとなります。参加を継続する場合、代わりとなる代表事業所を記入し、提出してください。