　　年　　月　　日

大村市長　様

（申請者）所在地

店舗名

代表者名

大村市訪問理美容サービス費指定店指定（変更・廃止）届出書

　大村市介護保険特別給付に関する規則第２条第３号の指定店の指定（変更・廃止）について、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 店舗の所在地 | 電話番号  （変更前の所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 店舗の名称 | （変更前の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 代表者名 | （変更前の代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 変更（提供開始）又は廃止年月日 |  | 業種 | 理容業　　・　　美容業 |
| 【変更の場合】  □　店舗の所在地  □　店舗の名称  □　代表者名  【廃止の場合】  □　廃止を届け出ます。  ※　該当する□にレを入れてください。 | | | |

【添付書類】

　（新規届出）保健所が発行する「理容所（美容所）開設検査確認済証」の写し

　（変更届出）変更内容が確認できるもの