様式第１号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

介護予防・生活支援サービス事業者指定（更新）申請書

年　　　月　　　日

新地町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

代表者

　介護保険法第１１５条の４５の５に規定する事業所の指定（同法第１１５条の４５の６指定の更新）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 事業所所在市町村番号 |  |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名及び氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 指定（更新）を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業等の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業等の指定年月日 |
| 第１号訪問事業 |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 第１号通所事業 |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 第１号介護予防支援事業 |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
|  |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている他市町村名 |  |

１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄は、記載しないでください。

２　「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合にその主務官庁の名称を記載してください。３　「実施事業」欄は、今回申請（更新）するもの及び既に指定を受けているものについて該当す

る欄に（〇）を記入してください。

４　「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

５　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

様式第３号（第４条関係）

年　　　月　　　日

新地町長

所在地

届出者　名称

代表者

介護予防・生活支援サービス事業者指定変更届出書

　指定を受けた介護予防・生活支援サービス事業について、内容を変更したので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 事業の種類 |  |
| 変更事項 | 変更内容 |
| １ | 事業所・施設の名称及び所在地 | （変更前） |
| ２ | 申請者の名称及び主たる事務所の所在地 |
| ３ | 代表者の氏名及び住所並びに職名等 |
| ４ | 定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| ５ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 |
| ６ | 事業所の管理者の氏名及び住所等 |
| ７ | 運営規程 |
| ８ | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| ９ | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制 | （変更後） |
| 10 | 市町村その他関係機関との連携体制 |
| 11 | 第１号事業支給費の請求に関する事項 |
| 12 | 役員の氏名及び住所等 |
| 13 | 介護支援専門員の氏名、登録番号 |
| 14 | 併設施設がある場合は、併設施設の状況等 |
| 15 | 本体施設の概要、本体施設との移動経路等 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

備考

１　該当項目番号に〇を付してください。

２　変更事項が分かる書類を添付してください。

様式第４号（第４条関係）

年　　　月　　　日

新地町長

所在地

届出者　名称

代表者

介護予防・生活支援サービス事業者指定廃止・休止・再開届出書

　指定を受けた介護予防・生活支援サービス事業について、廃止・休止・再開するので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 事業所 | 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 事業等の種類 |  |
| 届出事由 | 廃止・休止・再開 |
| 届出事由の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 届出事由の理由 |  |
| 現にサービスを受けている者に対する措置（廃止・休止の場合） |  |
| 休止予定期間 | 年　　　月　　　日まで（　　　日間） |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

様式第５号（第５条関係）

介護予防・生活支援サービス事業者指定辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

新地町長

所在地

届出者　名称

代表者

　指定を受けた介護予防・生活支援サービス事業について、辞退するので、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |
| 指定を辞退する施設 | 名称 |
| 所在地 |
| 指定を受けた年月日 | 　　　　 　年　　 　月　 　　日 |
| 指定を辞退する年月日 | 　　　　 　年　　 　月　　 　日 |
| 指定を辞退する理由 |  |
| 現在入所している者に対する対処の方法 |  |

注：指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。