様式第１号（第３条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

曽於市介護予防・日常生活支援総合事業

第1号事業者指定申請書

　　年　　月　　日

(申請先）曽於市長

所在地

申請者

名　称

代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　（　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業サービス | 基準型訪問サービス | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | 付表１ |
| 基準緩和型訪問介護 | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | 付表１ |
| 基準型通所サービス | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | 付表２ |
| 基準緩和型通所介護 | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | 付表２ |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | | | | | | | | |

備考１「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３「法人所轄庁」欄、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。

４「実施事業」欄は、今回申請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「○」を記入してください。

５「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」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。

６「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。

７　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

様式第４号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

曽於市介護予防・日常生活支援総合事業

第1号事業者指定更新申請書

　　年　　月　　日

(申請先）曽於市長

所在地

申請者

名　称

代表者氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 介護保険事業所番号 | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　（　　　）　　　　　　FAX番号　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | | | | 指定の有効期間の満了日 | | | | | | | 指定年月日 | | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業サービス | 基準型訪問サービス | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | 付表１ |
| 基準緩和型訪問介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | 付表１ |
| 基準型通所サービス | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | 付表２ |
| 基準緩和型通所介護 | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | 付表２ |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | | |  | | |  |  | | |  | | | | | | | | | |

備考１「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３「法人所轄庁」欄、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。

４「実施事業」欄は、今回申請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「○」を記入してください。

５「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」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。

６「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。

７　保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

様式第５号（第５条関係）

曽於市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　(申請先）曽於市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事 業 者 名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サ　―　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 | |
| ３ | 申請者の名称 | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | |
| ５ | 代表者の氏名、住所及び職名 | |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書並びに条例等（当該事業に関するものに限る。） | |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | |
| ９ | 運営規程 | |
| 10 | サービス費の請求に関する事項 | |
| 11 | 役員の氏名及び住所 | |
| 12 | その他 | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

　次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

備考　 １　該当項目番号に〇で囲んでください。

　　　 ２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第６号（第５条関係）

曽於市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（申請先）曽於市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　 名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止 ・ 休止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置  （廃止・休止の場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

　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体制及び勤務形態に関する

　　　書類を添付してください。