様式第1号(第2条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**指定居宅介護支援事業者　指定申請書**

　　年　　月　　日

（あて先）かすみがうら市長

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　　　　㊞

介護保険法(平成9年法律第123号)第46条第1項に規定する事業者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　　　－　　　　　　） |
|
| （ビルの名称等） |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 事業所等の所在地 | （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 |
| 居宅介護支援 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |

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。

様式第4号(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | 　 |

指定介護支援事業者　　指定更新申請書

年　　月　　日

（あて先）かすみがうら市長

所在地

申請者

名称

　指定を受けた事業者について、介護保険法(平成9年法律第123号)第79条の2第1項の規定により、次のとおり指定更新を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所所在地市町村番号 | 　 |
| 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・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　　　―　　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 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 | 　 |
| 当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき。 |
| フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 現に受けている指定の有効期間 | 　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 役員の氏名、生年月日及び住所 | 別添のとおり |
| 誓約書 | 別添のとおり |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | 別添のとおり |

備考

　1　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

様式第7号(第5条関係)

指定居宅介護支援事業者　変更承認申請書

年　　月　　日

（あて先）かすみがうら市長

所在地

事業者　名称

代表者氏名

　次のとおり指定（許可）を受けた内容を変更しましたので、介護保険法(平成9年法律第123号)第82条第1項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業者 | 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 | 事業所の名称 | (変更前) |
| 2 | 事業所の所在地 |
| 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・寄附行為及びその登録事項証明書・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 |
| 8 | 事業所・施設の管理者の氏名及び住所 | (変更後) |
| 9 | 運営規程 |
| 10 | 居宅介護サービス計画費の請求に関する事項 |
| 11 | 役員の氏名及び住所 |
| 12 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 13 | その他の事項 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |

備考

　1　該当項目番号に○を付してください。

　2　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第8号(第5条関係)

指定居宅介護支援事業者　　廃止・休止・再開承認申請書

年　　月　　日

（あて先）かすみがうら市長

所在地

事業者　名称

代表者氏名

次のとおり事業の廃止・休止・再開について届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開に係る事業者 | 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・再開年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止・休止する理由 | 　 |
| 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・休止する場合のみ) | 　 |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める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。