様式第１号(第２条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所指定申請書**

　　年　　月　　日

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115条45の3第1項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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | |  | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | |
| フリガナ  名　　称 | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 介護予防・日常生活  支援総合事業 | | 訪問型サービス  （第１号訪問事業） | | | | |  |  | | | | |  |
| 通所型サービス  （第１号通所事業） | | | | |  |  | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | |  | | 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 |
| 居宅サービス事業・  地域密着型サービス事業・  介護予防サービス事業 | 訪問介護 | | | | | |  | |  | | | | | | |  |
| 通所介護 | | | | | |  | |  | | | | | | |  |
| 地域密着型通所介護 | | | | | |  | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | |  | |  | | | | | | |  |
| 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、保健薬局、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)

指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所　　変更届出書

年　　月　　日

　かすみがうら市長

所在地

事業者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

指定を受けた事業所について、介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第1項の内容を次のとおり変更しましたので、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所(施設) | | 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(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 | 事業所の建物の構造、平面図等 |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | (変更後) | |
| ９ | サービス提供責任者及び住所 |
| １０ | 運営規程 |
| １１ | 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 |
| １２ | 第１号事業支給費の請求に関する事項 |
| １３ | 役員の氏名及び住所 |
| １４ | その他の事項 |
| １５ |  |
| 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。

【日立市】

　　　３　1、2、7及び9から12までの事項の変更の場合は、指定を受けた際に申請書に添付した付

　　　　表を、変更があった事項を修正の上添付してください。

　　　４　8、9及び15の事項の変更の場合は、従業者の勤務の体制及び勤務の形態に関する書類を

添付してください。

様式第５号(第４条関係)

指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所　廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　かすみがうら市長

所在地

事業者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

指定を受けた事業所について、次のとおり事業の（廃止(休止)をします・再開をしました）ので、介護保険法(平成9年法律第123号)第115条の45の5第1項の規定により届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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。

様式第６号(第５条関係)

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

指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所　　指定更新申請書

年　　月　　日

　かすみがうら市長

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　　㊞

指定を受けた事業所について、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。

式第６号の２(第６条関係)

指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所指定期間変更申出書

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

指定を受けた平成　　年　　月　　日付けで提出した指定更新申請書に伴い、かすみがうら市介護予防・日常生活支援総合事業指定サービス事業所の指定等に関する要綱第６条第２項の規定により、指定期間の変更を申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　変更を希望する期間 |  |
| ２　変更を希望する理由 |  |
| ３　対象指定事業所 | 指定事業所名 |

※添付書類　対象指定事業所に係る指定更新通知書の写し