様式第1号(第60条関係)

第１号事業に係る指定（訪問型・通所型）サービス事業者指定申請書

中芸広域連合長　様

　　年　　月　　日

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

法人にあっては、主たる事務所の

所在地並びに名称及び代表者の氏名

介護保険法第115条の45の3第1項の規定による事業者に係る指定

（介護保険法第115条の45の6第4項の規定による事業者に係る更新指定）

を受けたいので、次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 | 主たる事務所の  所在地 | | | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 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 | 事業所等の所在地 | | | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | | | | | | | 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 | | |
| 指定訪問型ｻｰﾋﾞｽ | 訪問型サービス（基準型） | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |
| 指定通所型ｻｰﾋﾞｽ | 通所型サービス（基準型） | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | |
| 介護保険事業者番号 | | |  | | | |  | |  | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | | | （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 | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |

（注）

１　※印欄には記入しないでください。

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入してください。

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「○」を付けてください。

５　「指定申請をする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入してください。

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2号(第61条関係)

第　　　　　号

年　　月　　日

介護予防・日常生活支援総合事業　指定（更新）通知書

　　年　　月　　日付けで申請のあった指定事業者の指定については、介護保険法第115条の45の3（法第115条の45の5第1項）の規定により、次のとおり指定する。

中芸広域連合長

|  |  |
| --- | --- |
| 指定した事業者の種類 |  |
|  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所等の所在地 |  |
| 代表者の氏名及び住所 |  |
|  |
| 指定に係る有効期限 |  |
| 指定年月日 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |

様式第3号(第62条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　中芸広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 所在地 | | |
| 名称 | | |
| 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 | 事業所の所在地（開設の場所） | |
| ３ | 申請者（開設者）の名称 | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、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又は条例等（当該事業に関するものに限る。） | |
| ７ | 事業所の平面図、設備の概要 | |
| ８ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | |
| ９ | 運営規程 | | （変更後） | |
| １０ | 協力医療機関（病院）又は協力歯科医療機関との契約の内容等 | |
| １１ | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援の体制 | |
| １２ | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | |
| １３ | 役員の氏名、生年月日及び住所 | |
| １４ | 介護支援専門員の氏名及び登録番号 | |
| １５ | 本体施設、本体施設との移動経路等  （サテライト型施設である場合） | |
| １６ | 併設施設の状況等  （地域密着型介護老人福祉施設） | |
| 変　更　年　月　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |

（注）

　１　「変更があった事項」欄は、該当する項目の番号を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4号(第62条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業者　廃止・休止届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　中芸広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　　　　　　　　　次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 廃止・休止する事業所 | 所在地 | |
| 名称 | |
| サービスの種類 |  | |
| 廃止・休止の別 | 廃止 ・　休止 | |
| 廃止・休止する年月日 | 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 |  | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | |

（注）　１「廃止・休止」欄は、該当するものを「○」で囲んでください。

２　廃止又は休止をする日の1月前までに届け出てください。

様式第5号(第62条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業者　再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　中芸広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　　　　　　　　　次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 再開した事業所 | 所在地 | |
| 名称 | |
| サービスの種類 |  | |
| 再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | |
| 再開した理由 |  | |

（注）　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。

様式第6号(第63条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業者指定辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　中芸広域連合長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 指定を辞退する事業所 | 所在地 | |
| 名称 | |
| 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 |  | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 |  | |

　　　　　（注）　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。

様式第7号(第64条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業

指定事業者指定取消（停止）通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　中芸広域連合長　　　　　　　　　　印

　次の理由により、第1号事業者の指定を取り消した（停止した）ので通知します。

１　サービスの名称

２　事業所の所在地

３　事業所の名称

４　代表者氏名

５　取消し（停止）の理由

６　取消しの日　　　　　　年　　月　　日

（停止の機関　　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日）

審査請求等

1　この処分に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、中芸広域連合長に対して審査請求をすることができます。（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）

　　　2　この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、中芸広域連合を被告として（訴訟において中芸広域連合を代表する者は中芸広域連合長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。（なお、この決定があったことを知った日の翌日から6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に処分の取消しの訴えを提起することができます。