

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

指定居宅介護支援事業所指定申請書

年 月 日

久慈広域連合長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者氏名

印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援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 —) | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | | |
| | 法人の種類別 | | | 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 —) | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所の所在地 | (郵便番号 —) | | | | |
| | 同一所在地において行う事業又は施設の種類 | 実施事業 | 指定を申請する事業の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業及び許可を受けている施設の指定又は開設年月日 | 添付する付表 | |
| | 指定居宅サービス事業 | 訪問介護 | | | | |
| | | 訪問入浴介護 | | | | |
| | | 訪問看護 | | | | |
| | | 訪問リハビリテーション | | | | |
| | | 居宅療養管理指導 | | | | |
| | | 通所介護 | | | | |
| | | 通所リハビリテーション | | | | |
| | | 短期入所生活介護 | | | | |
| | | 短期入所療養介護 | | | | |
| | | 特定施設入居者生活介護 | | | | |
| | | 福祉用具貸与 | | | | |
| | 特定福祉用具販売 | | | | | |
| | 指定居宅介護支援事業 | | | | 付表 | |
| | 施設 | 介護老人福祉施設 | | | | |
| | | 介護老人保健施設 | | | | |
| | | 介護療養型医療施設 | | | | |
| | | 療養病床を有する病院又は診療所 | | | | |
| | | 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | | | | |
| 介護医療院 | | | | | | |
| 指定介護予防サービス事業 | 介護予防訪問入浴介護 | | | | | |
| | 介護予防訪問看護 | | | | | |
| | 介護予防訪問リハビリテーション | | | | | |
| | 介護予防居宅療養管理指導 | | | | | |
| | 介護予防通所リハビリテーション | | | | | |
| | 介護予防短期入所生活介護 | | | | | |
| | 介護予防短期入所療養介護 | | | | | |
| | 介護予防特定施設入居者生活介護 | | | | | |
| | 介護予防福祉用具貸与 | | | | | |
| | 特定介護予防福祉用具販売 | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | (既に指定又は許可を受けている場合) | |
| 医療機関コード | | | | | (保険医療機関として指定を受けている場合) | |

- 備考1 「受付番号」の欄及び「事業所所在地市町村番号」の欄は、記載しないでください。
- 2 「法人の種別」の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、株式会社、有限会社等の別を記載してください。
 - 3 「法人所轄庁」の欄は、申請者が主務官庁等の認可又は許可を受けた法人である場合に、その主務官庁等の名称を記載してください。
 - 4 「実施事業」の欄には、指定を受けようとする事業の種類及び既に指定又は許可を受けている事業又は施設の種類に応じて○印（法第72条第1項の規定に基づき指定があったものとみなされる事業にあつては、「みなし」）を記載してください。
 - 5 「介護保険事業所番号」の欄には、申請者が既に介護保険事業所番号を付与されている場合に、当該介護保険事業所番号を記載してください。
 - 6 「医療機関等コード」の欄には、申請者が既に保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションのコードを付与されている場合に、当該コード（複数のコードが付与されている場合は、すべてのコード）を記載してください。
 - 7 申請する事業の種類に応じ、「添付する付表」の欄に掲げる付表を添付してください。

受付番号

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-----------|---|---------|----|-----------|-------|----|---|---------------|---|--|
| 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 | | | | | |
| | | メールアドレス | | | | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款、寄附行為等の条項 | | | | | | 第 | 条第 | 項第 | 号 | | | |
| 管理者 | フリガナ 氏名 | | | | 住所 | (郵便番号 —) | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | |
| | 申請に係る居宅介護支援事業所で兼務する場合にあっては、その職種 | | | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設等 | 名称 | | | | | | | | | | |
| | 兼務する職種及び勤務時間等 | | | | | | | | | | | |
| 事業開始時の利用者の推定数 | | | | 人 | | | | | | | | |
| 従業者の員数(人) | | | | 介護支援専門員 | | | | | | | | |
| | | | | 専従 | | 兼務 | | | | | | |
| 常勤(人) | | | | | | | | | | | | |
| 非常勤(人) | | | | | | | | | | | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他の 年間の休日 | | |
| | 営業時間 | 平日 | ～ | | | | 土 | ～ | | 日・祝日 | ～ | |
| | | 備考 | | | | | | | | | | |
| 利用料(円) | 法定代理受領サービス分以外 | | | | | | | | | | | |
| その他の費用 | | | | | | | | | | | | |
| 通常 の 事業 の 実施 地域 | ① | ② | | | ③ | | | ④ | | ⑤ | | |
| | 備考 | | | | | | | | | | | |

備考1 「受付番号」の欄は、記載しないでください。

2 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

3 「主な掲示事項」については、記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

4 「営業日」の欄は、営業する曜日等の欄に○印を付けてください。

5 次の事項を記載した書類を添付してください。

(1) 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例

(2) 申請に係る事業の従業者の勤務体制及び勤務形態

(3) 事業所の管理者の経歴

(4) 事業所の平面図

(5) 運営規程

(6) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(7) 申請に係る資産の状況

(8) 関係市町村並びに他の保健医療サービス及び福祉サービス提供主体との連携の内容

(9) 法第79条第2項各号(法第79条の2第4項において準用する場合を含む。)に該当しないことを誓約する書面

(10) 役員の氏名、生年月日及び住所

(11) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号

付表

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

| 番号 | 氏名 | 介護支援専門員登録番号 |
|----|------------|-------------|
| ① | フリガナ 氏名 | |
| ② | フリガナ 氏名 | |
| ③ | フリガナ 氏名 | |
| ④ | フリガナ 氏名 | |
| ⑤ | フリガナ 氏名 | |
| ⑥ | フリガナ 氏名 | |
| ⑦ | フリガナ 氏名 | |
| ⑧ | フリガナ 氏名 | |
| ⑨ | フリガナ 氏名 | |
| ⑩ | フリガナ 氏名 | |
| ⑪ | フリガナ 氏名 | |
| ⑫ | フリガナ 氏名 | |
| ⑬ | フリガナ 氏名 | |
| ⑭ | フリガナ 氏名 | |
| ⑮ | フリガナ 氏名 | |
| ⑯ | フリガナ 氏名 | |

備考1 指定居宅介護支援事業に従事する介護支援専門員の氏名及び介護支援専門員登録番号を記載してください。

2 「受付番号」の欄は、記載しないでください。

3 記載欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか、又は別紙に記載の上添付してください。

別添 指定申請に係る添付書類一覧

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

| | |
|-----------|--|
| 主たる事業所の名称 | |
|-----------|--|

| 番号 | 添付書類 | 該当欄 | 備考 |
|----|----------------------------------|-----|--------|
| 1 | 申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 | | |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | 参考様式 1 |
| 3 | 事業所の管理者の経歴 | | 参考様式 2 |
| 4 | 事業所の平面図 | | 参考様式 3 |
| 5 | 運営規程 | | |
| 6 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | | 参考様式 4 |
| 7 | 当該申請に係る資産の状況 | | |
| 8 | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体の連携の内容 | | |
| 9 | 介護保険法第 79 条第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書 | | 参考様式 5 |
| 10 | 役員の名等 | | 参考様式 6 |
| 11 | 介護支援専門員の名及びその登録番号 | | 参考様式 7 |

- 備考 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。
 2 該当する番号に○印を付してください。

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

変更届出書

年 月 日

久慈広域連合長 様

申請者 所在地
 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。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 事業者の名称 | (変更前) | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 事業者の所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 代表者の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。） | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 事業者の平面図 | (変更後) | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業者の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 運営規程 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費の請求に関する事項 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

- 備考1 該当項目番号に○印を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

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

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

久慈広域連合長 様

申請者 所在地
 名 称
 代表者氏名

印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をいたしましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休止 ・ 廃止 ・ 再開 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 | | | | | | | | | | |
| 現に介護予防支援を受けていた者に対する措置（休止・廃止した場合のみ） | | | | | | | | | | |
| 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つては、介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従業員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。

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

指定居宅介護支援事業所指定更新申請書

年 月 日

久慈広域連合長 様

申請者 所在地
 名 称
 代 表 者 氏 名
 印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業所に係る指定更新を受けたいので、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 ー) | | | |
| | | (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 ー) | | | | |
| 事 業 所 | フリガナ 名称 | ----- | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 ー) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX 番号 | |
| | 当該事業所の所在地以内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 ー) | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX 番号 | |
| 既に受けている指定の有効期限満了日 | | | | | |
| 役員の名、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」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
 2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。