

受付番号	
------	--

指定居宅介護支援事業所指定申請書

年 月 日

平川市長 様

所在地
 申請者 名称
 代表者氏名 ㊟

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 -) 県 郡市			
		(ビルの名称等)			
	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 氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市			
	(ビルの名称等)				
事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	(ビルの名称等)				
指定を受けようとする事業所の種類					
当該申請に係る事業の開始の予定年月日					

- 備考
- 「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。
 - 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。
 - 「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。

付表1-1 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ 名称											
	所在地	(郵便番号 -) 県 都市										
		(ビルの名称等)										
	事業所の連絡先	電話番号				FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款等の条文		第 条第 項 第 号										
管理者	フリガナ 氏名	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務				名称						
	生年月日	(兼務の場合記入)				兼務する						
	(郵便番号 -) 県 都市					職種						
	(ビルの名称等)											
当該居宅介護支援専門員との兼務の有無		有 ・ 無										
事業開始時の利用者の予定数		人										
従業者の職種・員数	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 年間の休日		
	営業時間	平日	~			土曜	~			日・祝	~	
		備考										
	利用料	法定代理受領分(利用者の負担割合に応じた額)										
		法定代理受領分以外										
その他の費用												
通常の事業実施地域												
添付書類	別添のとおり											

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
 5 当該指定居宅介護支援以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅介護支援部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表1-2 指定居宅介護支援を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ											
	名称											
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市										
		(ビルの名称等)										
事業所の連絡先		電話番号				FAX番号						
主要 掲 示 事 項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年間の休日	
	営業時間	平日	～			土曜	～			日・祝	～	
			備考									
	利用料	法定代理受領分(利用者の負担割合に応じた額)										
		法定代理受領分以外										
その他の費用												
通常の実施地域												
添付書類	別添のとおり											

- 備考 1 「受付番号」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主要掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

別 添

受付番号	
------	--

居宅介護支援事業所の指定申請に係る添付書類一覧

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

申請書及び添付書類		申請者確認欄	備考
申請書	指定申請書（様式第1号）		
	居宅支援事業所の指定に係る記載事項（付表1-1）		
申請書の添付書類	1 申請者の定款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		
	3 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 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との連携の内容		
	9 法第79条第2項各号に該当しないことを誓約する書面		
	10 役員の氏名等		
	11 介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
	12 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		
	13 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表及び別紙		
	14 社会保険及び労働保険への加入状況に係る確認票		

- 備考 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 2 添付書類の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。
 3 該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類には「◎」を付してください。

変 更 届 出 書

年 月 日

平 川 市 長 様

住 所
 申請者(所在地)
 氏 名
 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		名 称							
		所在地							
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	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	定款等及び登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
6	事業所の平面図	(変更後)							
7	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴								
8	運営規程								
9	当該申請に係る居宅介護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								

- 備考 1 該当項目に○を付してください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。

再 開 届 出 書

年 月 日

平 川 市 長 様

所在地

事業者 名 称

代表者氏名

㊟

次のとおり事業の再開を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	名 称								
	所在地								
サービスの種類									
再開した年月日	年 月 日								

備考 介護保険法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体系に関する書類を添付してください。

廃止・休止届出書

年 月 日

平 川 市 長 様

所在地

事業者 名 称

代表者氏名

㊞

次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
廃止・休止する事業所	名 称								
	所在地								
サービスの種類									
休止・廃止の別	休 止 ・ 廃 止								
廃止し、又は休止しようとする年月日	年 月 日								
廃止し、又は休止しようとする理由									
現に居宅介護支援を受けていた者に対する措置									
休止の予定期間	年 月 日～ 年 月 日								

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

平川市長 様

所在地
申請者 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 -) 県 郡市 (ビルの名称等)			
	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 氏名	生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市 (ビルの名称等)			
事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	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業所を有するとき				
	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
連絡先	電話番号		FAX番号		
現に受けている指定の有効期間満了日					
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。
2 別添資料については、指定申請時の様式を参考にしてください。