

様式第1号(第2条関係)

指定居宅サービス事業所
 指定居宅介護支援
 指定介護予防サービス事業所

指定(許可)申請書

年 月 日

名寄市長 様 (名称)
 申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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。

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	
		Email				
	代表者の職名・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 -)					
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様式
	訪問介護				付表1	
	訪問入浴介護				付表2	
	訪問看護				付表3	
	訪問リハビリテーション				付表4	
	居宅療養管理指導				付表5	
	通所介護				付表6	
	通所リハビリテーション				付表7	
	短期入所生活介護				付表8	
	短期入所療養介護				付表9	
	特定施設入居者生活介護				付表10	
	福祉用具貸与				付表11	
	特定福祉用具販売				付表12	
	居宅介護支援				付表13	
	指定介護予防サービスの種類	介護予防訪問入浴介護				付表2
		介護予防訪問看護				付表3
		介護予防訪問リハビリテーション				付表4
		介護予防居宅療養管理指導				付表5
		介護予防通所リハビリテーション				付表7
		介護予防短期入所生活介護				付表8
介護予防短期入所療養介護					付表9	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表10	
介護予防福祉用具貸与				付表11		
特定介護予防福祉用具販売				付表12		
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)		
医療機関コード等				(保険医療機関として指定を受けている場合)		

* 裏面に記載についての備考があります。

備考

- 1 「指定（許可）申請対象事業等」「既に指定（許可）を受けている事業等」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 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。
- 3 既に居宅サービスまたは介護予防サービスのいずれか一方の指定をうけている事業者が、他方の居宅サービス又は介護予防サービスの指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係わる事業の開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、介護給付のサービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

様式第2号(第4条関係)

指定居宅サービス事業所
 指定居宅介護支援
 指定介護予防サービス事業所

指定(許可)更新申請書

年 月 日

名寄市長 様 (名称)
 申請者 (代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)の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。

申請者	フリガナ 名称	-----		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
		Email		
	代表者の職名・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 ー)			
事業所	事業等の種類			
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称	-----		
	所在地	(郵便番号 ー)		
	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	-----		
主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)			
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 ー)		

別添 1 誓約書
 2 介護支援専門員一覧

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

名寄市長 様

住所
申請者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

開設者	名称
	施設種別
	所在地
管理者	氏名
	住所
申出に係る居宅サービスの種類	<input type="checkbox"/> 訪問看護
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護

備考 申し出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

変更届出書

年 月 日

名寄市長 様 住所
 開設者 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

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等		名称									
		所在地									
サービスの種類											
変更年月日		年			月			日			
変更があった事項(該当に○)		変更の内容									
事業所(施設)の名称		(変更前)									
事業所(施設)の所在地											
申請者の名称											
主たる事務所の所在地											
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所											
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)											
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等											
備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業)											
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。)											
サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴											
運営規程											
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関											
事業所の種別											
提供する居宅療養管理指導の種類		(変更後)									
事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 単独型・空床利用型・併設型の別)											
利用者、入所者又は入院患者の定員											
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等 との連携・支援体制											
福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況)											
併設施設の状況等											
介護支援専門員の氏名及びその登録番号											

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

再開届出書

年 月 日

名寄市長 様

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

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	名称													
	所在地													
サービスの種類														
再開した年月日	年			月			日							

備考 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。

廃止・休止届出書

年 月 日

名寄市長 様

開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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	名称									
	所在地									
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る者に対する措置										
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日									

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。