様式第１号（第８条関係）

指定居宅介護支援事業所　指定申請書

年　　月　　日

　大野市長　　　　　　　　　　殿

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　印

　介護保険法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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所所在市町村番号 | 　 |
| 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　　　―　　　　) |
| 　 |
| 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 | 　 |
| 事業開始予定年月日 |  |

備考

　１　「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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」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。

様式第３号(第１０条関係)

指定居宅介護支援事業所　指定更新申請書

年　　月　　日

　大野市長　　　　　　　　　　殿

所在地

申請者

名称　　　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所所在市町村番号 | 　 |
| 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　　　―　　　　) |
| (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 | 　 |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | 　 |

備考　「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

様式第５号（第１２条関係）

変　更　届　出　書

　　　年　　　月　　　日

大野市長　殿

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　印

代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容に変更があり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（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 | 事業所の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地 |
| 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、生年月日、住所及び職名 |
| ６ | 申請者の登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | （変更後） |
| ８ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |
| 11 | その他 |
| 変　更　年　月　日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

備考

　　１　該当項目番号に〇を付してください。

２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第６号(第１２条関係)

再開届出書

年　　　月　　　日

　大野市長　　　　　　　　　　殿

所在地

事業者　　　名称

代表者氏名　　　　　　　　印

　次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 再開した事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| 再開した年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、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形態に関する書類を添付してください。

様式第７号(第１２条関係)

廃止・休止届出書

年　　月　　日

　大野市長　　　　　　　　　　殿

所在地

事業者　　　名称

代表者氏名　　　　　　　　印

　次のとおり事業の廃止(休止)をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 介護保険事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 廃止(休止)する事業所 | 名称 |
| 所在地 |
| 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 | 　　　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。

様式第９号（第１４条関係）

業務管理体制届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大野市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　印

　介護保険法に基づき、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| １　届出の内容 |
|  | (1)　業務管理体制の整備（法第115条の32第2項） |
| (2)　届出先の区分変更（法第115条の32第4項） |
| ２事業者 | フリガナ名　　　　　　称 |  |
|  |
| 住　　　　　　所（主たる事務所の所在地） | （郵便番号　　　　－　　　　　）　　　　　　都道　　　　　　　　　郡市　　　　　　府県　　　　　　　　　区 |
| （ビルの名称等） |
| 連　　　絡　　　先 | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 法　人　の　種　別 |  |
| 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　　　　－　　　　　）　　　　　　都道　　　　　　　　　郡市　　　　　　府県　　　　　　　　　区 |
| （ビルの名称等） |
| ３　事業所名称等　　および所在地 | 事業所名称 | 指定（許可）年月日 | 介護保険事業所番号（医療機関コード） | 所　在　地 |
| 計　　箇所 |  |  |  |
| ４　介護保険法施行規則第140条の40第１項第2号から第4号に基づく届出事項 | (1) 第2号 | 法令遵守責任者の氏名（フリガナ） | 生年月日 |  | （ビルの名称等） |
|  |  |
| (2) 第3号 | 業務が法令に適合することを確保するための規定の整備 |
| (3) 第4号 | 業務執行の状況の監査の方法の概要 |
| ５区分変更 | 区分変更前行政機関名、担当部（局） |  |  |  |
| 事業者（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区分変更の理由 |  |  |  |
| 区分変更後行政機関名称、担当部（局）課名 |  |
| 区分変更日 |  |

備考

　１　「１　届出の内容」欄の上段の「事業者（法人）番号」欄には記載しないでください。

　２　「１　届出の内容」欄および「４　介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号に基づく届出事項」欄については、該当する括弧付きの番号を○で囲んでください。

様式第１０号（第１４条関係）

業務管理体制変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　大野市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　印

　介護保険法に基づき、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所（法人）番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更があった事項 | 変更の内容 |
| １ | 法人種別、名称（フリガナ） | （変更前） |
| ２ | 主たる事務所の所在地、電話、FAX番号 |
| ３ | 代表者氏名（フリガナ）、生年月日 |
| ４ | 代表者の住所、職名 |
| ５ | 事業所名称等および所在地 |
| （変更後） |
| ６ | 法令遵守責任者の氏名（フリガナ）および生年月日 |
| ７ | 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 |
| ８ | 業務執行状況の監査方法の概要 |

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。

　３　「５　事業所名称等および所在地」の変更にかかる届出は、事業者等の指定または廃止等によりそ　　の数に変動が生じ、介護保険法施行規則第149条の39各号の規定に基づき整備する業務管理体制に変　　更が生じた場合のみ必要です。