様式第１号（第３条関係）

　年　　　　月　　　　日

指定居宅介護支援事業所指定（許可）申請書

奥多摩町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定（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（開設）者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 申請者連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | FAX番号 | |  | |
| 代表者の職・氏名 | | 職　名 | |  | | | | 氏　名 | |  | |
| 代表者の住所 | |  | | | | | | | | | |
| 指定を受けよ  う  とする事業所  ・  施設の種類 | フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | |
| 事業所等の  所　在　地 | |  | | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | 電話番号 | | |  | | | FAX番号 | |  | |
| 同一所在地において  行う事業等の種類 | | | 実施事業  (居宅・予防) | | | 指定（許可）申請をする事業等事業開始予定年月日 | | | 既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日 | | 様式 |
| 訪問介護 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表１ |
| 訪問入浴介護 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表２ |
| 訪問看護 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表３ |
| 訪問リハビリテーション | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表４ |
| 居宅療養管理指導 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表５ |
| 通所介護 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表６ |
| 通所リハビリテーション | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表７ |
| 短期入所生活介護 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表８ |
| 短期入所療養介護 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表８ |
| 特定施設入居者生活介護 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表10 |
| 福祉用具貸与 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表11 |
| 特定福祉用具販売 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表12 |
| 居宅介護支援事業者 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表13 |
| 介護老人福祉施設 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表14 |
| 介護老人保健施設 | | | 居・予 | | |  | | |  | | 付表15 |
| 介護保険事業者番号 | |  | | | | | | （当該事業所が既に他のサービスで指定又は許可を受けている場合） | | | | |

備考　１　「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」等の別を記入してください。

　　　２　「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「〇」を記入してください。なお、「居」とは指定居宅サービス、「予」とは指定介護予防サービスを表しています。

　　　３　「指定（許可）申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始（開設）予定年月日を記載してください。

　　　４　「既に指定等をうけている事業等の指定（許可）年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定（許可）された年月日を記載してください。

様式第３号（第４条関係）

　年　　　　月　　　　日

居宅介護支援事業所指定（許可）更新申請書

奥多摩町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

申請者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

介護保険法に規定する事業所に係る指定（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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | | |  | | | | | | | | |
| 指定年月日 | | |  | | | 指定の有効期間の満了日 | | | | |  |
| 申請(開設)者 | フリガナ | |  | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | |
| 主たる事務  所の所在地 | |  | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名 | | 職　名 |  | | | | 氏　名 |  | | |
| 代表者の住所 | |  | | | | | | | | |
| 事業所又は施設 | フリガナ | |  | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | |
| 事業所等  の所在地 | |  | | | | | | | | |
| 事業所連絡先 | | 電話番号 | |  | | FAX番号 | |  | | |
| 実施事業 | |  | | | | | | | | |
| 管 理 者 | フリガナ |  | | | | | | 住　　所 | |  | |
| 氏 名 |  | | | | | |

* 裏面の内容も確認の上、申請書を提出してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請担当者名 |  | 電話番号 |  | FAX番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 役員の氏名、生年月日、及び住所 | 別紙「参考様式９－２　役員名簿」のとおり |
| その他  １　指定の更新を申請する居宅介護支援について、介護保険法第７９条第２項第１号から第８号に該当しないことを誓約します。  ２　指定の更新を受けようとする居宅介護支援に関する以下の項目について、既に届け出た内容は変更がないことを誓約します。   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等 2. 事業所の平面図 3. 運営規程 4. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | |

様式第５号（第５条関係）

　年　　　　月　　　　日

居宅介護支援事業所指定（許可）変更届出書

奥多摩町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

開設（事業）者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・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 |  | |
| 指定した内容を  変更した事業所 | | | フ　リ　ガ　ナ |  | |
| 事業所の名称 |  | |
| 事務所の所在地 |  | |
| 変更があった事項 | | | | | 変更の内容 |
| １ | 事業所の名称 | | | | （変更事項） |
| ２ | 事業所の所在地 | | | |
| ３ | 主たる事業所の所在地 | | | |
| ４ | 代表者（開設者）の氏名及び住所 | | | | （変更前） |
| ５ | 定款・寄付行為等及び登記簿謄本・条例等  （当該事業に関するものに限る。） | | | |
| ６ | 事業所の建物の構造、専用区画等 | | | |
| ７ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | | | |
| ８ | 運営規程 | | | |
| ９ | 事業所の種別 | | | | （変更後） |
| 10 | 事業実施形態（本体施設が介護老人福祉施設の場合の単独型・空床利用型・併設型の別） | | | |
| 11 | 併設施設の状況等 | | | |
| 12 | その他 | | | |
| 変　更　年　月　日 | | | | | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 担当者 | | 職 | | | 連絡先TEL　　　　　　　　　FAX |
| 氏名 | | |

備考　１　該当項目に〇を付してください。

　　　２　変更内容の分かる書類を添付してください。

　　　３　法人の名称・所在地、代表者氏名・住所の変更の場合、変更届出別表を添付してください。

様式第６号（第５条関係）

　年　　　　月　　　　日

居宅介護支援事業所　廃止・休止　届出書

奥多摩町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

開設（事業）者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

次のとおり事業の廃止・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 | | | フリガナ |  | | |
| 事業所の名称 |  | | |
| サービス種別 |  | | |
| 事務所の所在地 |  | | |
| 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 | | | |  | | |
| 現に支援を受けている  利用者に対する対応 | | | |  | | |
| 休止予定期間 | | | | 年　　　月　　　日から　　　年　　　月　　　日 | | |
| 担当者 | 職 |  | | | | 連絡先TEL　　　　　　　　　　FAX |
| 氏名 |  | | | |

備考　１　該当項目に〇を付してください。

　　　２　廃止・休止する日の１月前までに届け出てください。

様式第７号（第５条関係）

　年　　月　　日

居宅介護支援事業所再開届出書

奥多摩町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地

開設（事業）者　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名

次のとおり事業を再開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 | | | フ　リ　ガ　ナ |  | | |
| 事業所の名称 |  | | |
| 事務所の所在地 |  | | |
| 再開した年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 担当者 | 職 |  | | | | 連絡先TEL　　　　　　　　　　FAX |
| 氏名 |  | | | |

※　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。また、休止前の状況に変更が生じているときは、変更届出も併せて行ってください。