様式第１号（第３条関係）

（表面）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

奥多摩町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

　奥多摩町長　殿

　　年　　月　　日

所在地

申請者

名　称

奥多摩町介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類等 | 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | 既に指定を受けている事業の  指定年月日 | | | 様式 |
| 介護予防・  日常生活支援サービス事業 | イ　第１号訪問事業 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 付表１ |
| ロ　第１号通所事業 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 付表２ |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | | 指定番号 | | | | | 指定年月日 | |
| 既に指定を受  けている事業 | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防通所活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | | | | | | | |
| 総合事業の指定を受けている他市町村名 | | | | | | | （市町村名）  （総合事業事業所番号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | |

（裏面）

＜備考＞

１　「受付番号」「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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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。

４　「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

５　「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

６　「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

７　指定をうけている他市町村名等の欄には、他市町村にて総合事業の指定を受けている場合に、市町村名及び事業所番号を記載してください。

８　保険医療機関、保健薬局、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。

様式第２号（第４条関係）

（表面）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

奥多摩町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新申請書

　奥多摩町長　殿

　　年　　月　　日

所在地

申請者

名　称

奥多摩町介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類等 | 事業所の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | 既に指定を受けている事業の  指定年月日 | | | 様式 |
| 介護予防・  日常生活支援サービス事業 | イ　第１号訪問事業 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 付表１ |
| ロ　第１号通所事業 | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | 付表２ |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | | 指定番号 | | | | | 指定年月日 | |
| 既に指定を受  けている事業 | 訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 介護予防通所活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | | | | | | | |
| 総合事業の指定を受けている他市町村名 | | | | | | | （市町村名）  （総合事業事業所番号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | | |

（裏面）

＜備考＞

１　「受付番号」「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」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」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。

４　「実施事業」欄は、今回更新申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

５　保険医療機関、保健薬局、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。

様式第３号（第５条関係）

奥多摩町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

　　年　　　月　　　日

奥多摩町長　殿

所　在　地

事業者　名　　　称

代表者氏名

奥多摩町介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定を受けた事業所に係る内容を変更しましたので、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | |
| サ ー ビ ス の 種 類 | | |  | | | | | | | | | | |
| 変 更 が あ っ た 事 項  （変更があった事項に係る番号を○で囲む。） | | | 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、住所及び職名 | |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその登録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 | |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ９ | 運営規程 | |
| １０ | 第１号事業支給費の請求に関する事項 | |
| １１ | 役員の氏名、生年月日及び住所 | |
| １２ | 同一所在地内で行う事業に関する事項 | |
| １３ | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約内容  【第１号通所事業のみ】 | |
| １４ | 利用定員【第１号通所事業のみ】 | |
| 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４号（第５条関係）

奥多摩町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者　廃止・休止・再開　届出書

　　年　　　月　　　日

奥多摩町長　殿

所　在　地

事業者　名　　　称

代表者氏名

奥多摩町介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定を受けた事業所に係る事業の廃止・休止・再開をしましたので、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別  （いずれかを○で囲む。） | | 休　止 ・ 廃　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けて  いた者に対する措置  （具体的に記入してください。） | |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日 ～ 　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

　＜備考＞

１　事業の再開に係る届出にあっては、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。

２　事業の廃止、休止、再開した日から速やかに届け出てください。