

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定申請書

年 月 日

(宛先) 下市町長

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 -)					
指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
		電話番号	()	FAX 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
	介護予防・日常生活支援総合事業第1号サービス	訪問型サービス (基準型)				付表1
		通所型サービス (基準型)				付表2
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

- 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」等の別を記入してください。
 - 3 「法人所轄庁」欄は、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 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、その全てを記載してください。

介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定通知書

様

下市町長

印

年 月 日付で申請のあった事業所の指定について、下記のとおり指定したので通知します。

記

事業所	番 号						
	名 称						
	指定事業所の種類						
	所 在 地						
申請者 (法人)	名 称						
	事業所の所在地						
	代 表 者	職 名	氏 名	生 年 月 日			
住 所							
指定年月日		年 月 日					
定 員		人					

取 下 書

年 月 日

(宛先) 下市町長

所在地
申請者 名 称 印

年 月 日付けで介護予防・日常生活支援サービス事業所指定申請書を提出しましたが、当該申請を取り下げます。

1. 提出した申請書の概要

事業所	フリガナ			
	名 称			
	所 在 地	(郵便番号 -) 県 市・郡 町・村 (ビルの名称等)		
事業の種類		実施事業	指定の申請をする事業の 開始予定年月日	備考
通所 型サ ービ ス	緩和された 基準による サービス		年 月 日	

様式第4号

介護予防・日常生活支援サービス事業所 変更届出書

年 月 日

(宛先) 下市町長

所在地
申請者 事業所名 印
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	代表者の氏名、住所及び職名												
5	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。)												
6	事業所の建物の構造、専用区画等	(変更後)											
7	事業所の管理者の氏名及び住所												
8	運 営 規 程												
9	役員の氏名及び住所												
10	定 員												
11	そ の 他												
変 更 年 月 日		年 月 日											

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。

様式第5号

介護予防・日常生活支援サービス事業所 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先) 下市町長

所在地
申請者 事業所名 印
代表者氏名

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をいたしましたので届け出ます。

	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	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開								
休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 し た 年 月 日	年 月 日								
休 止 ・ 廃 止 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 (休止・廃止した場合のみ)									
休 止 予 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、下市町介護予防・日常生活支援サービス事業所の指定に関する要綱別表1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。

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定更新申請書

年 月 日

(宛先) 下市町長

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 -) 府・県 市・郡				
		(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 -) 府・県 市・郡 (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	
	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					
	所在地	(郵便番号 -)				
連絡先	電話番号			FAX 番号		
管理者の氏名、生年月日 住所及び経歴	フリガナ		生年月日		経歴別添のとおり	
	氏名					
事業等の種類						
現に受けている指定の有効期間満了日						
役員 <small>の氏名、生年月日及び住所</small>	別添のとおり					
下市町介護予防・日常生活支援サービス事業所の指定等に関する要綱第4条各号の規定に該当しないことを誓約する書面	別添のとおり					

備考 1 「受付番号」及び「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照してください。

介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定更新通知書

様

下市町長

印

年 月 日付けで更新申請のあった事業所について、下記のとおり指定を更新したので通知します。

記

事業所	番 号						
	名 称						
	指定事業所の種類						
	所在地						
申請者(法人)	名 称						
	事業所の所在地						
	代表者	職名		氏名		生年月日	
		住所					
指定年月日		年 月 日					
定 員		人					

介護予防・日常生活支援サービス事業所 指定取消し通知書

様

下市町長

印

年 月 日付けで決定した事業所の指定取り消し等についてについて、下記のとおり通知します。

記

事業所	番 号						
	名 称						
	指定事業所の種類						
	所 在 地						
申請者 (法人)	名 称						
	事業所の所在地						
	代 表 者	職 名		氏 名		生 年 月 日	
		住 所					
処分の内容							
理 由							

(裏面)

(教示)

この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に行政不服審査法の規定により、町長に対して異議申立てをすることができます。(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると異議申立てができなくなります。)

また、決定の取消しの訴えは、この決定があったことを知った日から6か月以内(知った日の翌日から起算します。)に、町を被告として(町長が被告の代表者となります。)提起しなければなりません。(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)ただし、決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、決定の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日から6か月以内(送達を受けた日の翌日から起算します。)に提起しなければならないこととされています。