

様式第1号（第3条関係）

受付番号	
------	--

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業
 指定事業者 指定申請書

年 月 日

東松山市長 宛て

所在地

申請者 名称 印

代表者氏名

介護保険法に規定する事業者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 -) 県 郡市 (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 氏名	生年月日	
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市				
	事業所等の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市				
	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	
	総合事業第1号事業 介護予防・日常生活支援	介護予防訪問介護相当サービス				付表1
		介護予防通所介護相当サービス				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」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「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 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。

付表1 第1号訪問事業所の指定に係る記載事項事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		県 都市				
連絡先	電話番号		FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款等の条文				第 条第 項第 号		
併設事業所の種別、名称			事業所番号			
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)				
	氏名	住所				
	生年月日					
	申請に係る事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	名称	事業所番号			
兼務する職種及び勤務時間等						
提供責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)			
	氏名		常勤・非常勤専従・兼務			
	フリガナ	住所	(郵便番号 -)			
	氏名		常勤・非常勤専従・兼務			
従業者の職種・員数		訪問介護員等 (サービス提供責任者を含む)		サービス提供責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	
常勤 (人)						
非常勤 (人)						
常勤換算後の人数 (人)						
基準上の必要人員 (人)						
適合の可否						
主な揭示事項	営業日				その他年間の休日	
	営業時間	平日 : ~ : 土曜 : ~ : 日曜・祝日 : ~ :				
	利用料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
	その他の費用					
通常の事業実施地域						
添付書類	別添のとおり					

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 出張所等がある場合、出張所等の所在地、サービス提供に当たる訪問介護員の人数を別様にして記載してください。
 - 当該指定事業以外のサービスを実施する場合には、当該指定事業部分とそれ以外の事業部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

付表2 第1号通所事業所の指定に係る記載事項事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
		県 都市								
連絡先	電話番号				FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款等の条文					第 条第 項第 号					
併設事業所の種別、名称			事業所番号							
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)								
	氏名						住所			
	生年月日									
	申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)			名称				事業所番号		
				兼務する職種及び勤務時間等						
実施単位数	単位	同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 人								
単位別従業者			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
	基準上の必要人員(人)									
適合の可否										
食堂及び機能訓練室の合計面積			m ²			基準上の必要面積		適合の可否		
						m ² 以上				
主な揭示事項	定員		人							
	営業日					その他年間の休日				
	営業時間		平日 : ~ : 土曜 : ~ : 日曜・祝日 : ~ :							
	利用料		法定代理受領分							
			法定代理受領分以外							
	その他の費用									
通常の事業実施地域										
添付書類		別添のとおり								

- 備考
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 - 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
 - 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については、別紙に記載し添付してください。
 - 当該指定事業以外の事業を実施する場合には、当該指定事業部分とそれ以外の事業部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業
 指定事業者 指定更新申請書

年 月 日

東松山市長 宛て

所在地
 申請者 名称 印
 代表者氏名

介護保険法に規定する事業者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 —)				
			県		郡市		
			(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		
指定更新を受けようとする事業所の種類	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 —)				
		県		郡市			
事業所等の所在地		(郵便番号 —)					
		県		郡市			
同一所在地において行っている事業の種類				実施事業	指定更新を受けようとする事業の現に受けている指定の有効期間満了日	様式	
介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業	介護予防訪問介護相当サービス						
	介護予防通所介護相当サービス						
介護保険事業所番号							
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」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「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 「指定更新を受けようとする事業の現に受けている指定の有効期間満了日」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に記入をしてください。
 - 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。
 - 7 付表は、指定申請時の様式を使用してください。

様式第3号（第6条関係）

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者指定通知書

第 号
年 月 日

様

東松山市長 印

年 月 日付けで申請のあった、指定事業者の指定申請については、次のとおり指定するので通知します。

事業者	所在地	
	名称	
	代表者氏名	
事業所の所在地		
事業所の名称		
指定年月日		年 月 日
指定に係る有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日
介護保険事業者番号		
サービスの種類		

様式第4号（第6条関係）

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者不指定通知書

第 号
年 月 日

様

東松山市長 印

年 月 日付けで申請のあった、指定事業者の指定申請については、次の理由により、指定しないので通知します。

理由

（注） この処分に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して60日以内に市長に対して異議申立てをすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）提起することができます。（なお、処分の通知を受けた日から6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分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、異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。

様式第5号（第7条関係）

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業 変更届出書

年 月 日

東松山市長 宛て

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（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・施設の名称	(変更前)											
2	事業所・施設の所在地												
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	定款等の写し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・施設の建物の構造概要及び平面図 並びに設備の概要												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所												
9	運営規程	(変更後)											
10	協力医療機関・協力歯科医療機関の名称 （診療科名）及び契約内容												
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病 院等との連携・支援体制の概要												
12	介護予防・日常生活支援総合事業費の請求 に関する事項												
13	役員の氏名及び住所												
14	介護支援専門員の氏名及び登録番号												
15	本体施設の概要並びに本体施設との間の移 動経路及び方法並びに移動に要する時間												
16	併設施設の概要												
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6号（第7条関係）

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業 廃止・休止届出書

年 月 日

東松山市長 宛て

所在地

事業者 名称 印

代表者氏名

次のとおり事業の廃止・休止しますので届け出ます。

	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・休止した年月日	年 月 日												
廃止・休止した理由													
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置													
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日												

様式第7号（第7条関係）

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業 再開届出書

東松山市長 宛て 年 月 日

所在地

事業者 名称 印

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														
再開する事業所	名称														
	所在地														
サービスの種類															
再開した年月日	年 月 日														
再開した理由															

備考 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8号（第8条関係）

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業 指定辞退届出書

東松山市長 宛て 年 月 日

所在地

事業者 名称 印

代表者氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号													
指定を辞退する施設	名称													
	所在地													
指定を受けた年月日	年 月 日													
指定を辞退する年月日	年 月 日													
指定を辞退する理由														
現に施設に入所している者に対する措置														

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

様式第9号（第9条関係）

東松山市介護予防・日常生活支援総合事業
指定事業者指定取消（停止）通知書

第 号
年 月 日
様
東松山市長 印

次の理由により、第1号事業者の指定を取り消した（停止した）ので通知します。

- 1 事業所の所在地
- 2 事業所の名称
- 3 代表者氏名
- 4 取消し（停止）の理由
- 5 取消しの日 年 月 日
(停止の期間 年 月 日～ 年 月 日)

(注) この処分に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して60日以内に市長に対して異議申立てをすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）提起することができます。（なお、処分の通知を受けた日から6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分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、異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。