

受付番号	
------	--

年 月 日

浅口市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定(新規・更新)申請書

浅口市長 殿

所在地
申請者 名称



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。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)				
		都道府県				市郡
		(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 —)					
	都道府県				市郡	
	(ビルの名称等)					
指定を受けようとする事業の種類	フリガナ					
	事業所等の名称					
	事業所等の所在地	(郵便番号 —)				
		都道府県				市郡
	(ビルの名称等)					
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指定年月日	有効期間満了日	様式
支援総合事業第1号事業 介護予防・日常生活	訪問型サービス (旧介護予防訪問介護相当)					付表1
	通所型サービス (旧介護予防通所介護相当)					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						

裏面を参照

(裏面)

- 備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合には、「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」等の別を記載してください。
- 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、今回申請する事業については「◎」、現に指定等を受けている事業については「○」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、事業の開始予定年月日を記入してください。(更新の申請をする場合は、記入しないこと)
- 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、「有効期間満了日」欄は、更新の申請に係る事業等について現に受けている指定(更新)の有効期間の満了の日を記載してください。(指定の申請をする場合は、記載しないこと)
- 7 保険医療機関、保険薬局、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。
- 8 付表は、今回申請する介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業の種類に対応したものを添付してください。

付表 2 - 1 通所型サービス(旧介護予防通所介護相当)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 -)																
			(ビルの名称等)																
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・寄附行為等の条文											第		条第		項第		号		
管理者	フリガナ										(郵便番号 -)								
	氏名						住所												
	生年月日																		
			当該通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)																
	同一敷地内の他の事業所 または施設との兼務 (兼務の場合のみ記入)		事業所等名称								事業所番号								
兼務する職種および勤務 時間等																			
実施単位数		単位		事業所で同時に通所型サービスを行う利用者の上限											人				
単位別従業者の職 種・員数		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)																	
食堂及び機能訓練室の合計面積																㎡			
主な 掲 示 事 項	定員(1単位目)		人																
	営業日		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日								
	営業時間		平日		～			土曜		～		日曜・祝日		～					
			備考																
	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		①			②			③			④		⑤						
		備考																	

- 備考 1 「受付番号」欄は記入しないでください。
 2 「主な掲示事項」については、本欄の記載に代えて、別添資料の添付でも構いません。
 3 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。
 4 上記の事業所内で複数の単位を実施する場合は、2 単位目以降に係る状況を記載した「付表 2 - 2」を添付してください。
 5 出張所等で事業を一部実施する場合は、当該事業所等の単位に係る状況等を記

載した「附表 2-2」を添付してください。

付表2-2 通所型サービス(旧介護予防通所介護相当)の指定に係る記載事項
(2単位目以降)

		受付番号									
事業所	フリガナ										
	名称										
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	専従	兼務
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
主な揭示事項	定員(2単位目)	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～		
	備考										
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	専従	兼務
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
主な揭示事項	定員(3単位目)	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～		
	備考										
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	専従	兼務
	常勤(人)										
	非常勤(人)										
主な揭示事項	定員(4単位目)	人									
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日	
	営業時間	平日	～		土曜	～		日曜・祝日	～		
	備考										

備考 「受付番号」欄は記入しないでください。

付表2-3

通所型サービス(旧介護予防通所介護相当)を主たる事業所の所在地以外の
場所(出張所等)で一部実施する場合の記載事項

										受付番号					
出張所等	フリガナ														
	名称														
	所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)													
	連絡先	電話番号				FAX 番号									
単位別従業者の職 種・員数	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	専従	兼務					
	常勤(人)														
	非常勤(人)														
食堂及び機能訓練室の合計面積								m ²							
主な 掲 示 事 項	定員	人													
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の 休日					
	営業時間	平日	～		土曜		～		日曜・祝日		～				
		備考													
	利用定員														
	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	①		②		③		④		⑤						
	備考														

- 備考1 「受付番号」欄は記入しないでください。
 2 「主な掲示事項」については、本欄の記載に代えて、別添資料の添付でも構いません。
 3 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。
 4 この出張所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る状況を記載した書類を添付してください。

様式第4号(第6条関係)

浅口市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定変更届出書

年 月 日

浅口市長

殿

所在地

事業者 名称

代表者氏名

⑩

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届出ます。

		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	(郵便番号 -)									
サービスの種類											
変更のあった事項		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・寄附行為等及びその登録事項 証明書又は条例等 (当該事業所に関するものに限る)										
7	事業所・施設の建物の構造、専用区 画等	(変更後)									
8	事業所・施設の管理者の氏名及び 住所										
9	運営規定										
10	サービス費の請求に関する事項										
11	役員の氏名および住所										
12	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(第6条関係)

浅口市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者(廃止・休止・再開)届出書

年 月 日

浅口市長 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・再開)をしましたので届出ます。

		介護保険事業所番号											
(廃止・休止・再開)する事業所	名称												
	所在地												
サービスの種類													
廃止・休止・再開の別		廃止 ・ 休止 ・ 再開											
廃止・休止・再開した年月日		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 (廃止・休止した場合のみ)													
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、当該事業に係る従業員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。