

白川町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定申請書

年 月 日

白川町長 様

所在地

名称

代表者職氏名

印

（個人の場合は住所及び氏名）

介護保険法第115条の45の5第1項の規定により、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 - ) (ビルの特称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		メールアドレス			
	法人の種別		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名 ・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日
代表者の住所	(郵便番号 - ) (ビルの特称等)				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	主たる事業所・施設名称				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 - ) (ビルの特称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		Eメールアドレス			
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定（許可）申請をする事業等の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
事業種類	訪問介護相当サービス（現行相当）			付表1	
	通所介護相当サービス（現行相当）			付表2	
介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合※複数ある場合は適宜様式を補正して記入)			
指定を受けている他市町村名					
医療機関コード等					

- 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」「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「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。
- 3 「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。
- 4 「指定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。
- 5 「既に指定を受けている事業等の指定年月日」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された年月日（法第71条又は法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保険医療機関等の指定を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては、「H12. 4. 1」）を記載してください。
- 6 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。

白川町介護予防・日常生活支援総合事業事業者指定更新申請書

年 月 日

白川町長 様

所在地

名称

代表者職氏名

印

（個人の場合は住所及び氏名）

介護保険法第115条の45の6第2項の規定により、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 ー ) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		メールアドレス				
	法人の種類別		法人所轄庁			
	代表者の職・氏名 ・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日
代表者の住所	(郵便番号 ー ) (ビルの名称等)					
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	主たる事業所・施設名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー ) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		Eメールアドレス				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定の更新を申請するもの	現に受けている指定の有効期間満了日	様式	
事業種類	訪問介護相当サービス（現行相当）			付表1		
	通所介護相当サービス（現行相当）			付表2		
介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合※複数ある場合は適宜様式を補正して記入)				
指定を受けている他市町村名						

- 備考1 「指定の更新を申請するもの」欄には、指定の更新を受けようとするものに○印を付してください。  
 2 事業等の種類に対応する付表を添付してください。  
 3 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。

変更届出書

年 月 日

白川町長 様

所在地

名 称

代表者氏名

印

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	事業（開設）者の名称・主たる事務所の所在地													
4	代表者（開設者）の職名、氏名、生年月日及び住所													
5	定款・寄附行為等及びその登記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（施設）の建物の構造、専用区画等													
7	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴													
8	運営規程													
9	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関	(変更後)												
10	利用者の定員													
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													
12	サービス費の請求に関する事項													
13	併設施設の状況等													
14	役員の氏名、生年月日及び住所													
15	介護支援専門員の氏名及び登録番号等													
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。
  - 3 付表を添付してください。
  - 4 変更した日から10日以内に届けてください。

### 廃止・休止届出書

年 月 日

白川町長 様

所在地

名称

代表者氏名

印

次のとおり事業を廃止（休止）しますので届け出ます。

	指定事業所番号																			
廃止（休止）する事業所	名称																			
	所在地																			
廃止・休止する年月日	年 月 日																			
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止																			
廃止・休止するサービス種別																				
廃止・休止する理由																				
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置																				
休止予定期間	休止日～ 年 月 日																			

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

## 再開届出書

年 月 日

白川町長 様

所在地

名称

代表者氏名

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	指定事業所番号																			
再開した事業所	名称																			
	所在地																			
再開した年月日	年 月 日																			
再開したサービス種別																				

### 備考

- 1 事業の再開に係る届出にあつては、別記様式第1号、付表及び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。
- 2 事業の再開した日から10日以内に届けてください。