

寒川町指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成30年11月22日

寒川町長 木 村 俊 雄

寒川町規則第26号

寒川町指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則の一部を改正する
規則

寒川町指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則(平成30年寒川町規則第13号)
の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

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。

申請者	フリガナ								
	名称								
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 都市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
		Email							
	代表者の職名・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 —) 県 都市								
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類				指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式	
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護							付表1
		認知症対応型通所介護							付表2
		小規模多機能型居宅介護							付表3
		認知症対応型共同生活介護							付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護							付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護							付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護							付表7
		複合型サービス							付表8
		地域密着型通所介護							付表9
	居宅介護支援							付表10	
介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護							付表2	
	介護予防小規模多機能型居宅介護							付表3	
	介護予防認知症対応型共同生活介護							付表4	
介護保険事業者番号					(既に指定又は許可を受けている場合)				
医療機関コード等					(保険医療機関として指定を受けている場合)				

*裏面に記載に関しての備考があります。

備考1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

- 2 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。
- 3 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

第3号様式を次のように改める。

指定居宅介護支援事業者指定事項変更届出書

年 月 日

(宛先)寒川町長

開設者 住所
(所在地)
氏名 印
(名称及び代表者氏名)

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等	名称								
	所在地								
サービスの種類									
変更年月日		年		月		日			
変更があった事項(該当に○)		変更の内容							
事業所(施設)の名称	(変更前)								
事業所(施設)の所在地									
申請者の名称									
主たる事務所の所在地									
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所									
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)									
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等									
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日 及び住所	(変更後)								
運営規程									
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関									
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									
本体施設、本体施設との移動経路等									
併設施設の状況等									
介護支援専門員の氏名及びその登録番号									

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

第4号様式を次のように改める。

指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先)寒川町長

住所
開設者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり、事業の 廃止（休止、再開）を届け出ます。

廃止（休止、再開）する事業所	介護保険事業者番号										
	名称										
	所在地										

廃止（休止、再開）の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開
廃止（休止、再開）の年月日	年 月 日
廃止（休止）の理由	
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1 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
- 2 事業の再開に係る届出にあつては、再開した日から10日以内に届け出てください。また、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

第5号様式を次のように改める。

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

介護保険法に規定する事業所に係る指定の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。

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				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		Email				
	代表者の職名・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 —) 県 郡市					
事業所	事業等の種類					
	指定有効期間満了日					
	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市				
	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					
主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市					
管理者	フリガナ				生年月日	
	名称					
	住所	(郵便番号 —) 県 郡市				

備考 誓約書を添付してください。

附 則

この規則は、平成30年12月1日から施行する。