

寒川町指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の
指定等に関する規則新旧対照表

現行	改正案
<p>～略～ <u>第1号様式(第2条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>	<p>～略～ <u>第1号様式(第2条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>
<p>～略～ <u>第3号様式(第3条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>	<p>～略～ <u>第3号様式(第3条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>
<p><u>第4号様式(第3条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>	<p><u>第4号様式(第3条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>
<p><u>第4号様式の2(第3条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>	<p><u>第4号様式の2(第3条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>
<p><u>第5号様式(第4条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>	<p><u>第5号様式(第4条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>
<p>～略～ <u>第7号様式(第5条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>	<p>～略～ <u>第7号様式(第5条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>
<p>～略～</p>	<p>～略～ <u>附 則</u> <u>この規則は、平成30年12月1日から施行する。</u></p>

第1号様式(第2条関係)

受付番号

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

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 ー) 県 都市 (ビルの名称等) 連絡先 電話番号 FAX番号 法人の種別 代表者の職名・氏名・生年月日 代表者の住所 (郵便番号 ー) 県 都市 事業所等の所在地 (郵便番号 ー) 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 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 地域密着型通所介護 付表7 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」「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

第1号様式(第2条関係)

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所

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 ー) 県 都市 連絡先 電話番号 Email FAX番号 代表者の職名・氏名・生年月日 代表者の住所 (郵便番号 ー) 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)

*裏面に記載に関する備考があります。

現行

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、そのすべてを記載してください。
- 8 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の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「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、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。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です。

改正案

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。

変更届出書

(あて先) 寒川町長

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 (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	定款及びその登記事項証明書・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、専用区画等									
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	(変更後)								
9	運営規程									
10	協力医療機関 (病院) ・協力歯科医療機関									
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	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項									
13	役員の氏名及び住所									
14	本体施設、本体施設との移動経路等									
15	併設施設の状況等									
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 利用者の定員増加に伴うものは、事業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。
 4 管理者又は役員の変更に伴うものは、誓約書を添付してください。

変更届出書

(宛先) 寒川町長

年 月 日

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。

現行

改正案

第4号様式(第3条関係)

第4号様式(第3条関係)

再開届出書

再開届出書

年 月 日

年 月 日

(あて先) 寒川町長

(宛先) 寒川町長

所在地

住所
開設者 (所在地)

事業者 名 称

氏名

(名称及び代表者氏名)

印

代表者

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

次のとおり事業の再開をしますので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
再開する事業所	名 称								
	所在地								
サービスの種類									
再開する年月日	年 月 日								
再開する理由									

	介護保険事業者番号								
再開した事業所	名 称								
	所在地								
サービスの種類									
再開した年月日	年 月 日								

備考 介護保険法施行規則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。

備考 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

第4号様式の2(第3条関係)

第4号様式の2(第3条関係)

廃止・休止届出書

廃止・休止届出書

年 月 日

年 月 日

(あて先) 寒川町長

(宛先) 寒川町長

所在地

住所
開設者 (所在地)

事業者 名 称

氏名
(名称及び代表者氏名)

代表者

印

印

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

次のとおり事業の(廃止・休止)をしますので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
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・休止する年月日	年 月 日								
廃止・休止する理由									
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								

	介護保険事業者番号								
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)する年月日	年 月 日								
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。

第5号様式(第4条関係)

第5号様式(第4条関係)

※受付番号	
-------	--

指定地域密着型サービス・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書
指定更新申請書

指定地域密着型サービス・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

年 月 日

年 月 日

(あて先) 寒川町長

(宛先)寒川町長

所在地

(名称)

申請者

申請者

氏 名 印

(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。

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 ー)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁		
	代表者の職名及び氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日	
			氏 名		生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 ー)					
指定の更新を受けようとする事業所	フリガナ					
	名 称					
	事業所の所在地	(郵便番号 ー)				
	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					
	事業所の所在地	(郵便番号 ー)				
連絡先	電話番号			FAX番号		
事業等の種類						
現に受けている指定の有効期間満了日						
介護保険法第78条の2第4項及び第115条の11第2項各号に該当しないことを誓約する書面				別添のとおり		
役員の氏名、生年月日及び住所				別添のとおり		
介護保険事業所番号						

備考1 ※印の欄には、記入しないでください。

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。

申請者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 ー 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		生年月日	
			氏名		生年月日	
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 ー 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 ー) 県 ー 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 ー) 県 ー 郡市					
管理者	フリガナ					
	名 称			生年月日		
	住所	(郵便番号 ー) 県 ー 郡市				

備考 誓約書を添付してください。

第7号様式(第5条関係)

第7号様式(第5条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

指定辞退届出書

年 月 日

年 月 日

(あて先)寒川町長

(宛先)寒川町長

所在地

住所
開設者 (所在地)

事業者 名 称 印

氏名
(名称及び代表者氏名) 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。

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
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。

	介護保険事業者番号								
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									

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。