

寒川町指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則新旧対照表

現行	改正案
<p style="text-align: center;">～略～</p> <p><u>第1号様式(第2条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>	<p style="text-align: center;">～略～</p> <p><u>第1号様式(第2条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>
<p style="text-align: center;">～略～</p> <p><u>第3号様式(第3条関係)</u> <u>(別添のとおり)</u></p>	<p style="text-align: center;">～略～</p> <p><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 style="text-align: center;">～略～</p>	<p style="text-align: center;">～略～</p> <p style="text-align: center;"><u>附 則</u></p> <p><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	
------	--

指定介護予防支援事業所指定申請書

年 月 日

(あて先)寒川町長

所在地
申請者
名 称 印

介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

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		
	法人の種類別	法人所轄庁			
	代表者の職・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 ー) 県 都市				
	(ビルの名称等)				
事業所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市				
	(ビルの名称等)				
当該申請に係る事業の開始の予定年月日		地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入)			

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」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 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に寒川町長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。

第1号様式(第2条関係)

指定介護予防支援事業所指定申請書

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指定介護予防支援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。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

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		
	法人の種類別	法人所轄庁			
	代表者の職・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 ー) 県 都市				
	(ビルの名称等)				
事業所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市				
	(ビルの名称等)				
当該申請に係る事業の開始の予定年月日		地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入)			

- 備考1 「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」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 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に寒川町長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。

変更届出書

（あて先）寒川町長
年 月 日

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 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。

		介護保険事業者番号							
指定内容を変更した事業所		名称							
		所在地							
変更があった事項		変更の内容							
1	事業者の名称	(変更前)							
2	事業者の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名、生年月日及び住所								
5	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。)								
6	事業者の平面図	(変更後)							
7	事業者の管理者の氏名、生年月日及び住所及び経歴								
8	運営規程								
9	当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費の請求に関する事項								
10	役員の氏名、生年月日及び住所								
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
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 管理者及び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

住所
申請者（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名） 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。

		介護保険事業者番号							
指定内容を変更した事業所		名称							
		所在地							
変更があった事項		変更の内容							
1	事業者の名称	(変更前)							
2	事業者の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名、生年月日及び住所								
5	登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
6	事業者の平面図	(変更後)							
7	事業者の管理者の氏名、生年月日及び住所								
8	運営規程								
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
変更年月日									

- 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。

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

所在地

申請者 名 称

申請者 名 称

代表者

印

代表者

印

次のとおり事業の再開をしますので届け出ます。

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								
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								
再開した年月日	年 月 日								
再開する理由									

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 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。

現行

改正案

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

所在地

申請者 名 称

申請者 名 称

代表者

印

代表者

印

次のとおり事業の（廃止・休止）をしますので届け出ます。

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								
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									
現に介護予防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								
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									
現に介護予防支援を受けている者に対する措置									
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日								

第5号様式(第4条関係)

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業所指定更新申請書

年 月 日

(あて先)寒川町長

所在地
申請者
名 称 印

介護保険法に規定する指定介護予防支援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。

		事業所所在地市町村番号		
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
	法人の種類		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) 県 都市			
	(ビルの名称等)			
事 業 所	フリガナ 名称			
	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
	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			
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	
現に受けている指定の有効期間満了日				
役員の名、生年月日及び住所		別添のとおり		
誓約書		別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		別添のとおり		

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

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。

第5号様式(第4条関係)

指定介護予防支援事業所指定更新申請書

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指定介護予防支援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。

		事業所所在地市町村番号		
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
	法人の種類		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
		(郵便番号 ー) 県 都市		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市		
		(ビルの名称等)		
	事 業 所	フリガナ 名称		
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
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				
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
現に受けている指定の有効期間満了日				
誓約書		別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		別添のとおり		

備考1 「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

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。