

寒川町指定居宅介護支援事業者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>

現行

受付番号	※
------	---

指定居宅介護支援事業者指定申請書

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

(宛先)寒川町長

所在地  
申請者 名称  
代表者

(名称)  
申請者  
(代表者の職名・氏名)

年 月 日

印

印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けたいので、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 (法人)	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(〒 - )				
		(建物の名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類	法人の所轄庁				
	代表者(開設者)の役職名・氏名・生年月日	役職名	フリガナ	生年月日		
		氏名				
	代表者(開設者)の住所	(〒 - )				
		(建物の名称等)				
指定を受けようとする事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 - )				
		(建物の名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
		メールアドレス				
	同一所在地内において行う事業又は施設の種類			実施事業	事業開始予定年月日又は指定(許可)年月日	
	指定居宅サービス	訪問介護				
		訪問入浴介護				
		訪問看護				
		訪問リハビリテーション				
		居宅療養管理指導				
		通所介護				
		通所リハビリテーション				
		短期入所生活介護				
		短期入所療養介護				
		特定施設入居者生活介護				
福祉用具貸与						
特定福祉用具販売						
居宅介護支援						
施設	介護老人福祉施設					

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	生年月日		
		氏名				
	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
指定を受けようとする事業所の種類	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	
サービス	地域密着型介護予防	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。

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。

現行

サービス	介護老人保健施設		
	介護療養型医療施設		
	介護医療院		
指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護		
	介護予防訪問看護		
	介護予防訪問リハビリテーション		
	介護予防居宅療養管理指導		
	介護予防通所リハビリテーション		
	介護予防短期入所生活介護		
	介護予防短期入所療養介護		
	介護予防特定施設入居者生活介護		
	介護予防福祉用具貸与		
	特定介護予防福祉用具販売		
指定地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	夜間対応型訪問介護		
	地域密着型通所介護		
	認知症対応型通所介護		
	小規模多機能型居宅介護		
	認知症対応型共同生活介護		
	地域密着型特定施設入居者生活介護		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
指定地域密着型介護予防サービス	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)		
	介護予防認知症対応型通所介護		
	介護予防小規模多機能型居宅介護		
介護予防支援	介護予防認知症対応型共同生活介護		
	介護保険事業所番号		
	医療機関コード等		
指定を受けている他の区市町村名			

備考1 ※印欄には記入しないでください。

2 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁(大臣、都道府県知事等)がある場合には、その名称を記入してください。

4 「介護保険事業所番号」欄は、既に付番されている場合のみ記入してください。複数の番号を有する場合には、適宜余白等を利用し、その全てを記入してください。

5 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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜余白等を利用し、その全てを記入してください。

6 「指定を受けようとする事業所」の「実施事業」欄は、該当する欄に今回指定の申請をするものは「◎」を、指定の申請をしているものは「申請中」を、既に指定を受けているものは「○」を記入してください。

受付番号	※
------	---

指定居宅介護支援事業者指定事項変更届出書

(宛先) 寒川町長

所在地  
届出者 名称  
代表者 印

年 月 日

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者の変更について、関係書類を添えて届け出ます。

事業所	介護保険事業所番号									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	(〒 - ) (建物の名称等)								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
	メールアドレス									
	サービスの種類									

変更があった事項		変更の内容
1	事業所の名称及び所在地	(変更前)
2	申請者（法人）の名称及び主たる事務所の所在地	
3	代表者（開設者）の役職名、氏名、生年月日及び住所	
4	申請者の定款等及び登記事項証明書又は条例等	
5	事業所の建物の構造、専用区画等及び設備の概要	
6	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)
7	運営規程	
8	居宅介護サービス計画費の請求に関する事項	
9	役員の役職名、氏名、生年月日及び住所	
10	介護支援専門員の氏名及び登録番号	
11	その他	
変更年月日		

備考1 ※印欄には記入しないでください。  
 2 「変更があった事項」欄は、該当する事項の番号に○を付けてください。  
 3 「変更の内容」は、変更前と変更後の内容を具体的に記入してください。  
 4 変更があった日から10日以内に届け出てください。

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

住所  
開設者 (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。

指定内容を変更した事業所等	介護保険事業者番号									
	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	(変更後)									
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所										
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。

受付番号	※
------	---

指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届出書

(宛先) 寒川町長

所在地  
届出者 名称  
代表者

年 月 日

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	介護保険事業所番号										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	(〒 - )									
		(建物の名称等)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	メールアドレス										
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）の年月日	年 月 日
廃止（休止、再開）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	年 月 日 ～ 年 月 日

備考1 事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、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っては、再開した日から10日以内に届け出てください。

【添付書類】

- 1 事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、利用者のサービス提供が継続されることが分かる一覧表（任意様式）
- 2 事業の廃止に係る届出にあっては、指定決定通知書（原本）
- 3 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る再開する月の従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類、従業者の資格証の写し

指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届出書

(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)

年 月 日

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っては、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っては、再開した日から10日以内に届け出てください。また、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

受付番号	※
------	---

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

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

(宛先)寒川町長

所在地  
申請者 名 称  
代 表 者

(名称)  
申請者  
(代表者の職名・氏名)

印

印

介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者の指定の更新を受けたいので、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 (法人)	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(〒 - )					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
	法人の種類	法人の所轄庁					
	代表者(開設者)の役職名・氏名・生年月日	フリガナ	生年月日				
	代表者(開設者)の住所	フリガナ	氏名				
		(〒 - )					
指定の更新を受けようとする事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(〒 - )					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
		メールアドレス					
		同一所在地内において行う事業又は施設の種類の	指定更新事業	指定(更新)年月日	指定有効期間満了日		
	指定居宅サービス	訪問介護					
		訪問入浴介護					
		訪問看護					
		訪問リハビリテーション					
		居宅療養管理指導					
		通所介護					
		通所リハビリテーション					
		短期入所生活介護					
短期入所療養介護							
特定施設入居者生活介護							
福祉用具貸与							
特定福祉用具販売							

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	フリガナ	氏名		生年月日		
事業所	代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡市					
	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					
	フリガナ 名称			生年月日			
	住所	(郵便番号 - ) 県 郡市					

備考 誓約書を添付してください。

居宅介護支援				
施設サービス	介護老人福祉施設			
	介護老人保健施設			
	介護療養型医療施設			
	介護医療院			
指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護			
	介護予防訪問看護			
	介護予防訪問リハビリテーション			
	介護予防居宅療養管理指導			
	介護予防通所リハビリテーション			
	介護予防短期入所生活介護			
	介護予防短期入所療養介護			
	介護予防特定施設入居者生活介護			
	介護予防福祉用具貸与 特定介護予防福祉用具販売			
指定地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護			
	夜間対応型訪問介護			
	地域密着型通所介護			
	認知症対応型通所介護			
	小規模多機能型居宅介護			
	認知症対応型共同生活介護			
	地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)			
指定地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護			
	介護予防小規模多機能型居宅介護			
	介護予防認知症対応型共同生活介護			
介護予防支援				
介護保険事業所番号				
医療機関コード等				
指定を受けている他の区市町村名				

- 備考1 ※印欄には記入しないでください。  
 2 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。  
 3 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁(大臣、都道府県知事等)がある場合には、その名称を記入してください。  
 4 「介護保険事業所番号」欄は、既に付番されている場合のみ記入してください。複数の番号を有する場合には、適宜余白等を利用し、その全てを記入してください。  
 5 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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜余白等を利用し、その全てを記入してください。  
 6 「指定の更新を受けようとする事業所」の「指定更新事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。  
 7 「指定の更新を受けようとする事業所」の「指定(更新)年月日」欄は、更新を受ける日付を記入してください。