

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>第1条 （略）<br/>（指定の申請等）</p> <p>第2条 <u>法第78条の2第1項及び第115条の12第1項の規定による申請は、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（第1号様式）により行うものとする。</u></p> <p>2 <u>町長は、前項</u><br/><u>の規定による申請があったときは、その内容を審査し、その結果を指定事業所決定（申請却下）通知書（第2号様式）により、当該申請者に通知するものとする。</u></p> <p>3 （略）<br/>（変更の届出等）</p> <p>第3条 <u>法第78条の5第1項及び第115条の15第1項の規定による届出は、省令第131条の13第1項及び第140条の30第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては変更届出書（第3号様式）により、休止した事業の再開に係るものにあつては再開届出書（第4号様式）により、それぞれ行うものとする。</u></p> <p>2 <u>法第78条の5第2項及び第115条の15第2項の規定による届出は、廃止・休止届出書（第4号様式の2）により行うものとする。</u><br/>（指定の更新申請）</p> <p>第4条 <u>法第78条の12及び第115条の21において準用する第70条の2の規定による申請は、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更新申請書（第5号様式）により行うものとする。</u></p> <p>2 <u>町長は、前項</u><br/><u>の規定による申請があったときは、その内容を審査し、その結果を指定事業所</u></p> | <p>第1条 （略）<br/>（指定の申請等）<br/>（削る）</p> <p>第2条 町長は、<u>法第78条の2第1項及び第115条の12第1項</u>の規定による申請があったときは、その内容を審査し、その結果を指定事業所決定（申請却下）通知書（<u>第1号様式</u>）により、当該申請者に通知するものとする。</p> <p>2 （略）<br/>（削る）</p> <p>（指定の更新申請）<br/>（削る）</p> <p>第3条 町長は、<u>法第78条の12及び第115条の21において準用する法第70条の2</u>の規定による申請があったときは、その内容を審査し、その結果を指定事業所</p> |

更新決定(申請却下)通知書(第6号様式)により、当該申請者に通知するものとする。

(指定の辞退の届出)

第5条 法第78条の8の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書(第7号様式)により行うものとする。

(指定の取消し)

第6条 法第78条の10及び第115条の19の規定による指定の取消しは、指定事業所取消通知書(第8号様式)により行うものとする。

(事業所情報の提供)

第7条 町長は、第2条から前条までの規定による申請又は届出

\_\_\_\_\_ (以下この条において「指定等」という。)を受理したときは、

都道府県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができるものとする。

(1)～(7) (略)

(公示)

第8条 (略)

(補則)

第9条 (略)

～略～

第1号様式(第2条関係)

(別添のとおり)

第2号様式(第2条関係)

(別添のとおり)

第3号様式(第3条関係)

(別添のとおり)

第4号様式(第3条関係)

(別添のとおり)

第4号様式の2(第3条関係)

(別添のとおり)

第5号様式(第4条関係)

(別添のとおり)

更新決定(申請却下)通知書(第2号様式)により、当該申請者に通知するものとする。

(削る)

(指定の取消し)

第4条 法第78条の10及び第115条の19の規定による指定の取消しは、指定事業所取消通知書(第3号様式)により行うものとする。

(事業所情報の提供)

第5条 町長は、第2条及び第3条の規定による申請若しくは法第78条の5及び第115条の15の規定による届出(以下この条において「指定等」という。)を受理したとき、又は前条に規定する指定の取消し若しくは停止をしたときは、

都道府県、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができるものとする。

(1)～(7) (略)

(公示)

第6条 (略)

(補則)

第7条 (略)

～略～

第1号様式(第2条関係)

(別添のとおり)

第2号様式(第3条関係)

(別添のとおり)

第3号様式(第4条関係)

(別添のとおり)

(削る)

第6号様式(第4条関係)

(別添のとおり)

第7号様式(第5条関係)

(別添のとおり)

第8号様式(第6条関係)

(別添のとおり)

～略～

～略～

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 改 正 案                                                                          |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|-----------|--|-----|--|-----|------------|--|--|--|-----|-------------|--|--|--|-----|--------------|------------|-------------------|--|-----|------------------|--|--|--|-----|----------------------|--|-----|------|-----|------------------|--|-------|--|-----|---------|--|--|-------|-----|-----------|--|--|--|-----|--------|--|--|----------------|------|----------------------------|-------|----------------|--|--|------|-----|-----------------|--|--|--|--|-----|------------------|--|-----|--|--|-----|-----------|-------------------|--------------------|--|--|--|--|----------|--|-----------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|-----------|--|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--------------|--|---|--|---|--|----|--|---|--|-----|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 第1号様式(第2条関係)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 第1号様式(第2条関係)                                                                   |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第1号様式(第2条関係)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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<br>指定申請書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 年 月 日                                                                          |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 様                                                                              |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (宛先)寒川町長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 寒川町長                                                                           |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (名称)<br>申請者<br>(代表者の職名・氏名) 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 指定事業所決定(申請却下)通知書                                                               |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 年 月 日付で、申請のありました(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)の指定について、次のとおり決定しましたので通知します。 |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td rowspan="5">申<br/>請<br/>者</td><td>フリガナ</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>名称</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="10">(郵便番号 ー )<br/>県 都市</td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="3"></td><td>FAX番号</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td></td><td>Email</td><td colspan="9"></td></tr><tr><td rowspan="2">代表者の職名・氏名・生年月日</td><td>職名</td><td colspan="2"></td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td></td><td colspan="2"></td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>月 日</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>代表者の住所</td><td colspan="10">(郵便番号 ー )<br/>県 都市</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 申<br>請<br>者                                                                    | フリガナ                                      |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     | 名称         |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー )<br>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  |                  |  | 月 日 |  |  |     | 代表者の住所    | (郵便番号 ー )<br>県 都市 |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  | <table><tr><td rowspan="2">事 業 所</td><td>名 称</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td colspan="2">主たる事務所の所在地</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td rowspan="2">代 表 者</td><td>氏 名</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td colspan="2">事 業 開 始 年 月 日</td><td colspan="2">年</td><td colspan="2">月</td><td colspan="6">日</td></tr><tr><td colspan="2">指 定 年 月 日</td><td colspan="2">年</td><td colspan="2">月</td><td colspan="6">日</td></tr><tr><td colspan="2">当該事業所に係る指定期間</td><td colspan="2">年</td><td colspan="2">月</td><td colspan="2">日～</td><td colspan="2">年</td><td colspan="2">月 日</td></tr><tr><td colspan="2">サ ー ビ ス の 種 類</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td colspan="2">介 護 保 険 事 業 所 番 号</td><td colspan="10"></td></tr></table> | 事 業 所 | 名 称 |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 所 在 地 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 主たる事務所の所在地 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 代 表 者 | 氏 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 住 所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事 業 開 始 年 月 日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  | 指 定 年 月 日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  | 当該事業所に係る指定期間 |  | 年 |  | 月 |  | 日～ |  | 年 |  | 月 日 |  | サ ー ビ ス の 種 類 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 介 護 保 険 事 業 所 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                | フリガナ                                      |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                | 名称                                        |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                | 主たる事務所の所在地                                | (郵便番号 ー )<br>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                   |                      |                      | 月 日               |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代表者の住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (郵便番号 ー )<br>県 都市                                                              |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事 業 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 名 称                                                                            |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 所 在 地                                                                          |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主たる事務所の所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代 表 者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 氏 名                                                                            |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 住 所                                                                            |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事 業 開 始 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                | 年                                         |                                           | 月                    |                      | 日                    |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指 定 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                | 年                                         |                                           | 月                    |                      | 日                    |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 当該事業所に係る指定期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                | 年                                         |                                           | 月                    |                      | 日～                   |                   | 年         |  | 月 日 |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| サ ー ビ ス の 種 類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介 護 保 険 事 業 所 番 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                |                                           |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td rowspan="13">指<br/>定<br/>を<br/>受<br/>け<br/>よ<br/>う<br/>と<br/>す<br/>る<br/>事<br/>業<br/>所<br/>の<br/>種<br/>類</td><td rowspan="10">地<br/>域<br/>密<br/>着<br/>型<br/>サ<br/>ー<br/>ビ<br/>ス</td><td>同一所在地において行う事業等の種類</td><td>指定申請対象事業(該当事業に○)</td><td>既に指定を受けている事業(該当事業に○)</td><td>指定申請をする事業の開始予定年月日</td><td>様式</td></tr><tr><td>夜間対応型訪問介護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表1</td></tr><tr><td>認知症対応型通所介護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表2</td></tr><tr><td>小規模多機能型居宅介護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表3</td></tr><tr><td>認知症対応型共同生活介護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表4</td></tr><tr><td>地域密着型特定施設入居者生活介護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表5</td></tr><tr><td>地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表6</td></tr><tr><td>定期巡回・随時対応型訪問介護看護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表7</td></tr><tr><td>複合型サービス</td><td></td><td></td><td></td><td>付表8</td></tr><tr><td>地域密着型通所介護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表9</td></tr><tr><td>居宅介護支援</td><td></td><td></td><td></td><td>付表10</td></tr><tr><td rowspan="3">サ<br/>ー<br/>ビ<br/>ス<br/>予<br/>防</td><td>地域密着型</td><td>介護予防認知症対応型通所介護</td><td></td><td></td><td></td><td>付表2</td></tr><tr><td>介護予防小規模多機能型居宅介護</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>付表3</td></tr><tr><td>介護予防認知症対応型共同生活介護</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>付表4</td></tr><tr><td colspan="2">介護保険事業者番号</td><td colspan="5">(既に指定又は許可を受けている場合)</td></tr><tr><td colspan="2">医療機関コード等</td><td colspan="5">(保険医療機関として指定を受けている場合)</td></tr></table> | 指<br>定<br>を<br>受<br>け<br>よ<br>う<br>と<br>す<br>る<br>事<br>業<br>所<br>の<br>種<br>類   | 地<br>域<br>密<br>着<br>型<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス | 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                | 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<br>ー<br>ビ<br>ス<br>予<br>防 | 地域密着型 | 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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指<br>定<br>を<br>受<br>け<br>よ<br>う<br>と<br>す<br>る<br>事<br>業<br>所<br>の<br>種<br>類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                |                                           | 地<br>域<br>密<br>着<br>型<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス | 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        |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                |                                           |                                           | 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<br>ー<br>ビ<br>ス<br>予<br>防                | 地域密着型                                     | 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)                     |                                           |                      |                      |                      |                   |           |  |     |  |     |            |  |  |  |     |             |  |  |  |     |              |            |                   |  |     |                  |  |  |  |     |                      |  |     |      |     |                  |  |       |  |     |         |  |  |       |     |           |  |  |  |     |        |  |  |                |      |                            |       |                |  |  |      |     |                 |  |  |  |  |     |                  |  |     |  |  |     |           |                   |                    |  |  |  |  |          |  |                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |     |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |           |  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |              |  |   |  |   |  |    |  |   |  |     |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 改 正 案 |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|--|-------|--|------------|--|--|-----|-----|--|-----|--|---------|--|-------|-------|--|-------|--------------|--|--------------|---------|--|--|-----------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--|-------|--|------------|--|--|-----|-----|--|-----|--|---------|--|-------|-------|--|-------|--------------|--|--------------|---------|--|--|-----------|--|--|
| <div>第2号様式(第2条関係)</div> <div>第2号様式(第2条関係)</div> <div>年 月 日</div> <div>様</div> <div>寒川町長</div> <div>印</div> <div>指定事業所決定(申請却下)通知書</div> <div>年 月 日付けで、申請のありました(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)の指定について、次のとおり決定しましたので通知します。</div> <div><div><input type="checkbox"/> 指定します</div><table><tr><td rowspan="2">事業所</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">主たる事務所の所在地</td></tr><tr><td rowspan="2">代表者</td><td>氏 名</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">事業開始年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">指定年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">当該事業所に係る指定期間</td><td>年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">サービスの種類</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">介護保険事業者番号</td><td></td></tr></table><div><input type="checkbox"/> 申請を却下します</div><div>理由</div><div>この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、寒川町長に対して審査請求をすることができます。また、この処分を受けたことを知った日(審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6月以内に、寒川町(寒川町長)を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、処分の日から1年を経過するとその訴えは提起できません。</div></div> | 事業所   | 名 称          |  | 所 在 地 |  | 主たる事務所の所在地 |  |  | 代表者 | 氏 名 |  | 住 所 |  | 事業開始年月日 |  | 年 月 日 | 指定年月日 |  | 年 月 日 | 当該事業所に係る指定期間 |  | 年 月 日～ 年 月 日 | サービスの種類 |  |  | 介護保険事業者番号 |  |  | <div>第2号様式(第3条関係)</div> <div>第2号様式(第3条関係)</div> <div>年 月 日</div> <div>様</div> <div>寒川町長</div> <div>指定事業所更新決定(申請却下)通知書</div> <div>年 月 日付けで、申請のありました(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)の指定更新について、次のとおり決定しましたので通知します。</div> <div><div><input type="checkbox"/> 指定します</div><table><tr><td rowspan="2">事業所</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td colspan="3">主たる事務所の所在地</td></tr><tr><td rowspan="2">代表者</td><td>氏 名</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">事業開始年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">指定年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">当該事業所に係る指定期間</td><td>年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">サービスの種類</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">介護保険事業所番号</td><td></td></tr></table><div><input type="checkbox"/> 申請を却下します</div><div>理由</div><div><div>1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、寒川町長に審査請求することができます。</div><div>2 この処分についての取消訴訟は、第1項の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から8月以内に、寒川町(訴訟において寒川町を代表する者は寒川町長となります)を被告として、提訴することができます。なお、裁決があったことを知った日の翌日から8月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると取消訴訟を提訴することができません。</div></div></div> | 事業所 | 名 称 |  | 所 在 地 |  | 主たる事務所の所在地 |  |  | 代表者 | 氏 名 |  | 住 所 |  | 事業開始年月日 |  | 年 月 日 | 指定年月日 |  | 年 月 日 | 当該事業所に係る指定期間 |  | 年 月 日～ 年 月 日 | サービスの種類 |  |  | 介護保険事業所番号 |  |  |
| 事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       | 名 称          |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 所 在 地 |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 主たる事務所の所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 代表者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏 名   |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住 所   |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 事業開始年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 年 月 日        |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 指定年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | 年 月 日        |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 当該事業所に係る指定期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 年 月 日～ 年 月 日 |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| サービスの種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 介護保険事業者番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 名 称   |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 所 在 地 |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 主たる事務所の所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 代表者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏 名   |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 住 所   |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 事業開始年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 年 月 日        |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 指定年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | 年 月 日        |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 当該事業所に係る指定期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       | 年 月 日～ 年 月 日 |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| サービスの種類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |
| 介護保険事業所番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |              |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |     |  |       |  |            |  |  |     |     |  |     |  |         |  |       |       |  |       |              |  |              |         |  |  |           |  |  |

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 改 正 案     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>第 3 号 様 式 (第 3 条 関 係)</div> <div>第3号様式(第3条関係)</div> <div>変更届出書</div> <div>年 月 日</div> <div>(宛先)寒川町長</div> <div>開設者住所(所在地)氏名(名称及び代表者氏名)印</div> <div>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。</div> <table><tr><td></td><td>介護保険事業者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">指定内容を変更した事業所等</td><td colspan="10">名称</td></tr><tr><td colspan="10">所在地</td></tr><tr><td colspan="11">サービスの種類</td></tr><tr><td colspan="11">変更年月日 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="11">変更があった事項(該当に○) 変更の内容</td></tr><tr><td>事業所(施設)の名称</td><td colspan="10">(変更前)</td></tr><tr><td>事業所(施設)の所在地</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>申請者の名称</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>事業所(施設)の建物の構造、専用区画等</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所</td><td colspan="10">(変更後)</td></tr><tr><td>運営規程</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>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</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>本体施設、本体施設との移動経路等</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>併設施設の状況等</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>介護支援専門員の氏名及びその登録番号</td><td colspan="10"></td></tr></table> <div>備考 変更内容が分かる書類を添付してください。</div> |           | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <div>第 3 号 様 式 (第 4 条 関 係)</div> <div>第3号様式(第4条関係)</div> <div>年 月 日</div> <div>様</div> <div>寒川町長</div> <div>指 定 事 業 所 取 消 通 知 書</div> <div>介護保険法の規定に基づき、次のとおり事業所の指定を取消しましたので通知します。</div> <div>申請者名</div> <div>代表者名</div> <div>事業所名</div> <div>所在地神奈川県高座郡寒川町</div> <div>介護保険事業所番号</div> <div>指定取消年月日 年 月 日</div> <div>サービスの種類</div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 改 正 案     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|
| <div>第 4 号 様 式 ( 第 3 条 関 係 )</div> <div>第4号様式(第3条関係)</div> <div>再開届出書</div> <div>年 月 日</div> <div>(宛先)寒川町長</div> <div>住所<br/>開設者 (所在地)<br/>氏名<br/>(名称及び代表者氏名) 印</div> <div>次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。</div> <table><tr><td></td><td>介護保険事業者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">再開した事業所</td><td colspan="11">名称</td></tr><tr><td colspan="11">所在地</td></tr><tr><td>サービスの種類</td><td colspan="11"></td></tr><tr><td>再開した年月日</td><td colspan="11">年 月 日</td></tr></table> <div>備考 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。</div> |           | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <div>(削 る )</div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 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     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 改 正 案      |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| <div>第4号様式の2(第3条関係)</div> <div>第4号様式の2(第3条関係)</div> <div>廃止・休止届出書</div> <div>年 月 日</div> <div>(宛先)寒川町長</div> <div>住所<br/>開設者 (所在地)<br/>氏名<br/>(名称及び代表者氏名) 印</div> <div>次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。</div> <table><tr><td></td><td>介護保険事業者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">廃止(休止)する事業所</td><td>名称</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="12"></td></tr><tr><td>サービスの種類</td><td colspan="13"></td></tr><tr><td>廃止・休止の別</td><td colspan="13">廃止 ・ 休止</td></tr><tr><td>廃止(休止)する年月日</td><td colspan="13">年 月 日</td></tr><tr><td>廃止(休止)する理由</td><td colspan="13"></td></tr><tr><td>現にサービス又は支援を受けている者に対する措置</td><td colspan="13"></td></tr><tr><td>休止予定期間</td><td colspan="13">休止日～ 年 月 日</td></tr></table> <div>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。</div> |            | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <div>(削る)</div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 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 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 改 正 案                                    |                   |                   |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------|-------------------|------------|------|-----------|--|----|--|--|--|--|--|------------|-------------------|--|--|--|--|-----|------|--|--|-----------|--|-------|--|--|--|--|----------------|----|--|------------|--|------|--------|-------------------|--|--|--|--|-------------|--------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|-----|-------------------|--|--|--|--|------------------------------------------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------|--|--|--|--|------|--|--|--|------|--|----|--|--|--|------|--|--|----|-------------------|--|--|--|--|--------------------|
| <div>第 5 号 様 式 ( 第 4 条 関 係 )</div> <div>第5号様式(第4条関係)</div> <div>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<br/>指定更新申請書</div> <div>年 月 日</div> <div>(宛先)寒川町長</div> <div>(名称)</div> <div>申請者</div> <div>(代表者の職名・氏名)</div> <div>印</div> <div>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。</div> <table><tr><td rowspan="6">申<br/>請<br/>者</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="5">(郵便番号 ー )<br/>県 郡市</td></tr><tr><td rowspan="2">連絡先</td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td><td>F A X 番 号</td><td></td></tr><tr><td>Email</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>代表者の職名・氏名・生年月日</td><td>職名</td><td></td><td>フリガナ<br/>氏名</td><td></td><td>生年月日</td></tr><tr><td>代表者の住所</td><td colspan="5">(郵便番号 ー )<br/>県 郡市</td></tr><tr><td rowspan="8">事<br/>業<br/>所</td><td>事業等の種類</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>指定有効期間満了日</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="5">(郵便番号 ー )<br/>県 郡市</td></tr><tr><td colspan="6">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</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td rowspan="3">管<br/>理<br/>者</td><td>主たる事務所の所在地</td><td colspan="5">(郵便番号 ー )<br/>県 郡市</td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>名称</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2"></td><td>住所</td><td colspan="5">(郵便番号 ー )<br/>県 郡市</td></tr></table> <div>備考 誓約書を添付してください。</div> | 申<br>請<br>者                              | フリガナ              |                   |            |      |           |  | 名称 |  |  |  |  |  | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |  |  |  |  | 連絡先 | 電話番号 |  |  | F A X 番 号 |  | Email |  |  |  |  | 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ<br>氏名 |  | 生年月日 | 代表者の住所 | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |  |  |  |  | 事<br>業<br>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 )<br>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 |  |  |  |  |  | 管<br>理<br>者 | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |  |  |  |  | フリガナ |  |  |  | 生年月日 |  | 名称 |  |  |  | 生年月日 |  |  | 住所 | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |  |  |  |  | <div>( 削 る )</div> |
| 申<br>請<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          | フリガナ              |                   |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          | 名称                |                   |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          | 主たる事務所の所在地        | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          | 連絡先               | 電話番号              |            |      | F A X 番 号 |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                   | Email             |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 代表者の職名・氏名・生年月日                           | 職名                |                   | フリガナ<br>氏名 |      | 生年月日      |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
| 代表者の住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (郵便番号 ー )<br>県 郡市                        |                   |                   |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
| 事<br>業<br>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 )<br>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                                       |                   |                   |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
| 管<br>理<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 主たる事務所の所在地                               | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |                   |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | フリガナ                                     |                   |                   |            | 生年月日 |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 名称                                       |                   |                   |            | 生年月日 |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 住所                                       | (郵便番号 ー )<br>県 郡市 |                   |            |      |           |  |    |  |  |  |  |  |            |                   |  |  |  |  |     |      |  |  |           |  |       |  |  |  |  |                |    |  |            |  |      |        |                   |  |  |  |  |             |        |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |     |                   |  |  |  |  |                                          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |             |            |                   |  |  |  |  |      |  |  |  |      |  |    |  |  |  |      |  |  |    |                   |  |  |  |  |                    |

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 改 正 案 |              |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|--|-------|--|------------|--|--|-------|-----|--|-----|--|---------------|--|-------|-----------|--|-------|--------------|--|--------------|---------------|--|--|-------------------|--|--|-----------------|
| <div>第 6 号 様 式 (第 4 条 関 係)</div> <div>第 6 号様式(第 4 条関係)</div> <div>年 月 日</div> <div>様</div> <div>寒川町長印</div> <div>指定事業所更新決定(申請却下)通知書</div> <div>年 月 日付で、申請のありました(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)の更新指定について、次のとおり決定しましたので通知します。</div> <div><input type="checkbox"/> 指定します</div> <table><tr><td rowspan="2">事 業 所</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">主たる事務所の所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">代 表 者</td><td>氏 名</td><td></td></tr><tr><td>住 所</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">事 業 開 始 年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">指 定 年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">当該事業所に係る指定期間</td><td>年 月 日～ 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">サ ー ビ ス の 種 類</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">介 護 保 険 事 業 者 番 号</td><td></td></tr></table> <div><input type="checkbox"/> 申請を却下します</div> <div>理由</div> <div>この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、寒川町長に対して審査請求をすることができます。また、この処分を受けたことを知った日(審査請求をした場合には、審査請求に対する裁決があったことを知った日)の翌日から起算して6月以内に、寒川町(寒川町長)を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、処分の日から1年を経過するとその訴えは提起できません。</div> | 事 業 所 | 名 称          |  | 所 在 地 |  | 主たる事務所の所在地 |  |  | 代 表 者 | 氏 名 |  | 住 所 |  | 事 業 開 始 年 月 日 |  | 年 月 日 | 指 定 年 月 日 |  | 年 月 日 | 当該事業所に係る指定期間 |  | 年 月 日～ 年 月 日 | サ ー ビ ス の 種 類 |  |  | 介 護 保 険 事 業 者 番 号 |  |  | <div>(削る)</div> |
| 事 業 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       | 名 称          |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 所 在 地 |              |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
| 主たる事務所の所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |              |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
| 代 表 者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 氏 名   |              |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 住 所   |              |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
| 事 業 開 始 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | 年 月 日        |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
| 指 定 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | 年 月 日        |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
| 当該事業所に係る指定期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       | 年 月 日～ 年 月 日 |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
| サ ー ビ ス の 種 類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |
| 介 護 保 険 事 業 者 番 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |              |  |       |  |            |  |  |       |     |  |     |  |               |  |       |           |  |       |              |  |              |               |  |  |                   |  |  |                 |

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 改 正 案     |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| <div>第7号様式(第5条関係)</div> <div>第7号様式(第5条関係)</div> <div>指定辞退届出書</div> <div>年 月 日</div> <div>(宛先)寒川町長</div> <div>住所<br/>開設者 (所在地)<br/>氏名<br/>(名称及び代表者氏名) 印</div> <div>次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。</div> <table><tr><td></td><td>介護保険事業者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">指定を辞退する施設</td><td>名称</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>指定を受けた年月日</td><td colspan="11">年 月 日</td></tr><tr><td>指定を辞退する年月日</td><td colspan="11">年 月 日</td></tr><tr><td>指定を辞退する理由</td><td colspan="11"></td></tr><tr><td>現に施設に入所している者に対する措置</td><td colspan="11"></td></tr></table> <div>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。</div> |           | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <div>(削る)</div> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |

| 現 行                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 改 正 案        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <p>第 8 号 様 式 (第 6 条 関 係)</p> <p>第8号様式(第6条関係)</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> <p>様</p> <p style="text-align: right;">寒川町長                      印</p> <p style="text-align: center;">指 定 事 業 所 取 消 通 知 書</p> <p>介護保険法の規定に基づき、次のとおり事業所の指定を取消しましたので通知します。</p> <p>申請者名</p> <p>代表者名</p> <p>事業所名</p> <p>所在地                      神奈川県高座郡寒川町</p> <p>介護保険番号</p> <p>指定取消年月日                      年    月    日</p> <p>サービスの種類</p> | <p>(削 る)</p> |