

寒川町指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則新旧対照表

現 行	改 正 案
第1条 (略) (指定の申請等) <u>第2条 法第115条の22第1項の規定による申請は、指定介護予防支援事業所指定申請書(第1号様式)により行うものとする。</u> 2 _____ 町長は、<u>前項</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2号様式</u>)により、当該申請者に通知するものとする。 3 (略) (変更の届出等) <u>第3条 法第115条の25第1項の規定による届出は、省令第140条の37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> 2 <u>法第115条の25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> (指定の更新申請) <u>第4条 法第115条の31において準用する第70条の2の規定による申請は、指定介護予防支援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> 2 _____ 町長は、<u>前項</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更新決定(申請却下)通知書(<u>第6号様式</u>)により、当該申請者に通知するものとする。 (指定の取消し) <u>第5条 法第115条の29の規定による指定の取消しは、指定事業所取消通知書(第7号様式)により行うものとする。</u>	第1条 (略) (指定の申請等) (削る) <u>第2条 町長は、<u>法第115条の22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。</u> 2 (略) (削る) (指定の更新申請) (削る) <u>第3条 町長は、<u>法第115条の31</u>において準用する<u>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更新決定(申請却下)通知書(<u>第2号様式</u>)により、当該申請者に通知するものとする。</u> (指定の取消し) <u>第4条 法第115条の29の規定による指定の取消しは、指定事業所取消通知書(<u>第3号様式</u>)により行うものとする。</u>

(事業所情報の提供)

第6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)～(10) (略)

(公示)

第7条 (略)

(補則)

第8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)

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)

～略～

(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115条の25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)～(10) (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)

～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) 指定介護予防支援事業所指定申請書 年 月 日 (宛先)寒川町長 所在地 申請者 名 称 印 介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。 <table><tr><td></td><td>フリガナ</td><td colspan="4">事業所所在地市町村番号</td></tr><tr><td rowspan="8">申 請 者</td><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td rowspan="2">主たる事務所の所在地</td><td colspan="5">(郵便番号 ー) 県 都市</td></tr><tr><td colspan="5">(ビルの名称等)</td></tr><tr><td>連絡先</td><td>電話番号</td><td></td><td>FAX番号</td><td></td></tr><tr><td>法人の種類</td><td colspan="2"></td><td>法人所轄庁</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">代表者の職・氏名・生年月日</td><td>職名</td><td></td><td>フリガナ</td><td>生年月日</td></tr><tr><td></td><td></td><td>氏名</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">代表者の住所</td><td colspan="4">(郵便番号 ー) 県 都市</td></tr><tr><td colspan="4">(ビルの名称等)</td></tr><tr><td rowspan="2">事業所等の所在地</td><td colspan="4">(郵便番号 ー) 県 都市</td></tr><tr><td colspan="4">(ビルの名称等)</td></tr><tr><td colspan="2">当該申請に係る事業の開始の予定年月日</td><td colspan="3">地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入)</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr></table> 備考1 「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。 2 「法人の種類」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。 4 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に寒川町長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略することができます。		フリガナ	事業所所在地市町村番号				申 請 者	名称						主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市					(ビルの名称等)					連絡先	電話番号		FAX番号		法人の種類			法人所轄庁		代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ	生年月日			氏名		代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市				(ビルの名称等)				事業所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市				(ビルの名称等)				当該申請に係る事業の開始の予定年月日		地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入)								第1号様式(第2条関係) 第1号様式(第2条関係) 年 月 日 様 寒川町長 指定事業所決定(申請却下)通知書 年 月 日付けで、申請のありました指定介護予防支援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。 ☐ 指定します <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">介護保険事業所番号</td><td></td></tr></table> ☐ 申請を却下します 理由 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。 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6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6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。	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		
	フリガナ	事業所所在地市町村番号																																																																																																		
申 請 者	名称																																																																																																			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市																																																																																																		
		(ビルの名称等)																																																																																																		
	連絡先	電話番号		FAX番号																																																																																																
	法人の種類			法人所轄庁																																																																																																
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ	生年月日																																																																																															
				氏名																																																																																																
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市																																																																																																		
(ビルの名称等)																																																																																																				
事業所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市																																																																																																			
	(ビルの名称等)																																																																																																			
当該申請に係る事業の開始の予定年月日		地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入)																																																																																																		
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																																																								
第2号様式(第2条関係) 第2号様式(第2条関係) 年 月 日 様 寒川町長印 指定事業所決定(申請却下)通知書 年 月 日付で、申請のありました指定介護予防支援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。 □ 指定します <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> □ 申請を却下します 理由 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。	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			第2号様式(第3条関係) 第2号様式(第3条関係) 年 月 日 様 寒川町長 指定事業所更新決定(申請却下)通知書 年 月 日付で、申請のありました指定介護予防支援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。 □ 指定します <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> □ 申請を却下します 理由 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。 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6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、提起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6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起することができません。	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																																										
第3号様式(第3条関係) 第3号様式(第3条関係) 変更届出書 年 月 日 (宛先)寒川町長 住所 申請者 (所在地) 氏名 (名称及び代表者氏名) 印 次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。 <table><thead><tr><th colspan="2">指定内容を変更した事業所</th></tr></thead><tbody><tr><td>変更があった事項</td><td>変 更 の 内 容</td></tr><tr><td>1 事業者の名称</td><td rowspan="5">(変更前)</td></tr><tr><td>2 事業者の所在地</td></tr><tr><td>3 主たる事務所の所在地</td></tr><tr><td>4 代表者の氏名、生年月日及び住所</td></tr><tr><td>5 登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)</td></tr><tr><td>6 事業者の平面図</td><td rowspan="4">(変更後)</td></tr><tr><td>7 事業者の管理者の氏名、生年月日及び住所</td></tr><tr><td>8 運営規程</td></tr><tr><td>9 介護支援専門員の氏名及びその登録番号</td></tr><tr><td colspan="2">変 更 年 月 日 年 月 日</td></tr></tbody></table> 備考 1 該当項目番号に○を付してください。 2 変更内容が分かる書類を添付してください。	指定内容を変更した事業所		変更があった事項	変 更 の 内 容	1 事業者の名称	(変更前)	2 事業者の所在地	3 主たる事務所の所在地	4 代表者の氏名、生年月日及び住所	5 登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)	6 事業者の平面図	(変更後)	7 事業者の管理者の氏名、生年月日及び住所	8 運営規程	9 介護支援専門員の氏名及びその登録番号	変 更 年 月 日 年 月 日		第3号様式(第4条関係) 第3号様式(第4条関係) 年 月 日 様 寒川町長 指定事業所取消通知書 年 月 日付けで、指定しました指定介護予防支援事業所について、次のとおり指定の取消しをしましたので通知します。 <table><thead><tr><th rowspan="2">事業所</th><th>名 称</th><th></th></tr><tr><th>所 在 地</th><th></th></tr></thead><tbody><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">指 定 取 消 年 月 日</td><td>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><tr><td colspan="2">取 消 理 由</td><td></td></tr></tbody></table> 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。 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6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6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。	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		指 定 取 消 年 月 日		年 月 日	サ ー ビ ス の 種 類			介 護 保 険 事 業 所 番 号			取 消 理 由		
指定内容を変更した事業所																																											
変更があった事項	変 更 の 内 容																																										
1 事業者の名称	(変更前)																																										
2 事業者の所在地																																											
3 主たる事務所の所在地																																											
4 代表者の氏名、生年月日及び住所																																											
5 登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)																																											
6 事業者の平面図	(変更後)																																										
7 事業者の管理者の氏名、生年月日及び住所																																											
8 運営規程																																											
9 介護支援専門員の氏名及びその登録番号																																											
変 更 年 月 日 年 月 日																																											
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																																										
指 定 取 消 年 月 日		年 月 日																																									
サ ー ビ ス の 種 類																																											
介 護 保 険 事 業 所 番 号																																											
取 消 理 由																																											

現 行	改 正 案																																																	
第 4 号 様 式 (第 3 条 関 係) 第4号様式(第3条関係) 再開届出書 年 月 日 (宛先)寒川町長 所在地 申請者 名 称 代表者 印 次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。 <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></tr><tr><td rowspan="2">再開した事業所</td><td colspan="9">名 称</td></tr><tr><td colspan="9">所在地</td></tr><tr><td>再開した年月日</td><td colspan="9">年 月 日</td></tr><tr><td>再開する理由</td><td colspan="9"></td></tr></table> 備考 介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。		介護保険事業者番号									再開した事業所	名 称									所在地									再開した年月日	年 月 日									再開する理由										(削る)
	介護保険事業者番号																																																	
再開した事業所	名 称																																																	
	所在地																																																	
再開した年月日	年 月 日																																																	
再開する理由																																																		

現 行	改 正 案																																																																															
第 4 号 様 式 の 2 (第 3 条 関 係) 第4号様式の2(第3条関係) 廃止・休止届出書 年 月 日 (宛先)寒川町長 所在地 申請者 名 称 代表者 印 次のとおり事業の（廃止・休止）をしますので届け出ます。 <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></tr><tr><td rowspan="2">廃止・休止する事業所</td><td colspan="9">名 称</td></tr><tr><td colspan="9">所在地</td></tr><tr><td>廃止・休止の別</td><td colspan="9">廃 止 ・ 休 止</td></tr><tr><td>廃止・休止する年月日</td><td colspan="9">年 月 日</td></tr><tr><td>廃止・休止する理由</td><td colspan="9"></td></tr><tr><td>現に介護予防支援を受けている者に対する措置</td><td colspan="9"></td></tr><tr><td>休止予定期間</td><td colspan="9">年 月 日～ 年 月 日</td></tr></table>		介護保険事業者番号									廃止・休止する事業所	名 称									所在地									廃止・休止の別	廃 止 ・ 休 止									廃止・休止する年月日	年 月 日									廃止・休止する理由										現に介護予防支援を受けている者に対する措置										休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日									(削る)
	介護保険事業者番号																																																																															
廃止・休止する事業所	名 称																																																																															
	所在地																																																																															
廃止・休止の別	廃 止 ・ 休 止																																																																															
廃止・休止する年月日	年 月 日																																																																															
廃止・休止する理由																																																																																
現に介護予防支援を受けている者に対する措置																																																																																
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日																																																																															

現 行		改 正 案		
第5号様式(第4条関係)		(削る)		
第5号様式(第4条関係)				
指定介護予防支援事業所指定更新申請書				
年 月 日				
(宛先)寒川町長				
所在地				
申請者				
名 称		印		
介護保険法に規定する指定介護予防支援事業所に係る指定更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。				
		事業所所在地市町村番号		
申 請 者	フリガナ 名称			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 ー) 県 都市		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種別	法人所轄庁		
	代表者の職・氏 名・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市		
(ビルの名称等)				
事 業 所	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 都市		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき			
	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 都市		
		(ビルの名称等)		
連絡先	電話番号	FAX番号		
現に受けている指定の有効期間満了日				
誓約書		別添のとおり		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		別添のとおり		
備考1 「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。				
2 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。				

現 行	改 正 案																												
第 6 号 様 式 (第 4 条 関 係) 第6号様式(第4条関係) 年 月 日 様 寒川町長 印 指定事業所更新決定(申請却下)通知書 年 月 日付けで、申請のありました指定介護予防支援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。 ☐ 指定します <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> ☐ 申請を却下します 理由 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。	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			(削 る)
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																									
第7号様式（第5条関係） 第7号様式(第5条関係) 年 月 日 様 寒川町長印 指定事業所取消通知書 年 月 日付で、指定しました指定介護予防支援事業所について、次のとおり指定の取消しをしましたので通知します。 <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">指 定 取 消 年 月 日</td><td>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><tr><td colspan="2">取 消 理 由</td><td></td></tr></table> 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。	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		指 定 取 消 年 月 日		年 月 日	サ ー ビ ス の 種 類			介 護 保 険 事 業 者 番 号			取 消 理 由			(削る)
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																									
指 定 取 消 年 月 日		年 月 日																								
サ ー ビ ス の 種 類																										
介 護 保 険 事 業 者 番 号																										
取 消 理 由																										