

寒川町指定居宅介護支援事業者の指定等に関する規則新旧対照表

現 行	改 正 案
第1条 (略) (指定の申請等) <u>第2条 法第79条第1項の規定による指定居宅介護支援事業者(以下「指定事業者」という。)の申請は、指定居宅介護支援事業者指定申請書(第1号様式)により行うものとする。</u> 2 <u>町長は、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、その結果を指定居宅介護支援事業者指定決定(申請却下)通知書(<u>第2号様式</u>)により、当該申請をした者に通知するものとする。 3 <u>法第46条第1項の</u>指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。 (変更の届出等) <u>第3条 法第82条の規定による届出は、省令第132条第1項各号に掲げる事項の変更に係るものにあつては指定居宅介護支援事業者指定事項変更届出書(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指定居宅介護支援事業者廃止・休止・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82条の2の規定による届出は、指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届出書(第4号様式)により行うものとする。</u> (指定の更新申請) <u>第4条 法第79条の2の規定による申請は、指定居宅介護支援事業者指定更新申請書(第5号様式)により行うものとする。</u> 2 <u>町長は、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、その結果を指定居宅介護支援事業者指定更新決定(更新却下)通知書(<u>第6号様式</u>)により、当該申請をした者に	第1条 (略) (指定の申請等) (削る) <u>第2条 町長は、法第79条第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、その結果を指定居宅介護支援事業者指定決定(申請却下)通知書(<u>第1号様式</u>)により、当該申請をした者に通知するものとする。 2 <u>前項の規定により</u>指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。 (削る) (指定の更新申請) (削る) <u>第3条 町長は、法第79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、その結果を指定居宅介護支援事業者指定更新決定(更新却下)通知書(<u>第2号様式</u>)により、当該申請をした者に

通知するものとする。

(指定の取消)

第5条 法第84条の規定による指定の取消し又は停止は、指定居宅介護支援事業者指定取消・停止通知書(第7号様式)により行うものとする。

(事業情報の提供)

第6条 町長は、第2条から第4条までの規定による申請若しくは届出 _____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)

(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～

通知するものとする。

(指定の取消し)

第4条 法第84条の規定による指定の取消し又は停止は、指定居宅介護支援事業者指定取消・停止通知書(第3号様式)により行うものとする。

(事業情報の提供)

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82条の規定による届出を受理したとき、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)

(補則)

第6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) 指定居宅介護支援事業者指定申請書 年 月 日 (宛先)寒川町長 (名称) 申請者 (代表者の職名・氏名) 印 介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。 <table><tr><td rowspan="5">申請者</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) 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="3"></td><td colspan="4"></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="3"></td><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td></td><td></td><td>氏名</td><td colspan="3"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>代表者の住所</td><td colspan="10">(郵便番号 ー) 県 都市</td></tr></table><table><tr><td rowspan="10">指定を受けようとする事業所の種類</td><td colspan="2">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 rowspan="8">地域密着型サービス</td><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></td><td>付表10</td></tr><tr><td rowspan="3">介護予防</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></td><td>介護予防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></td><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>付表4</td></tr><tr><td>介護保険事業者番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="4">(既に指定又は許可を受けている場合)</td></tr><tr><td>医療機関コード等</td><td colspan="2"></td><td colspan="4">(保険医療機関として指定を受けている場合)</td></tr></table> *裏面に記載に関しての備考があります。	申請者	フリガナ											名称											主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市										連絡先	電話番号				FAX番号						Email								代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ				生年月日					氏名							代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市										指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				付表1	認知症対応型通所介護				付表2	小規模多機能型居宅介護				付表3	認知症対応型共同生活介護				付表4	地域密着型特定施設入居者生活介護				付表5	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表6	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表7	複合型サービス				付表8	地域密着型通所介護				付表9	居宅介護支援					付表10	介護予防	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)				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 指定居宅介護支援事業者指定決定(申請却下)通知書 年 月 日付けで、申請のありました指定居宅介護支援事業者の指定について、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 colspan="1"></td></tr><tr><td>所 在 地</td><td colspan="1"></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 colspan="1"></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="1"></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。	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		
申請者		フリガナ																																																																																																																																																																																																											
		名称																																																																																																																																																																																																											
		主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 都市																																																																																																																																																																																																										
		連絡先	電話番号				FAX番号																																																																																																																																																																																																						
		Email																																																																																																																																																																																																											
代表者の職名・氏名・生年月日	職名			フリガナ				生年月日																																																																																																																																																																																																					
			氏名																																																																																																																																																																																																										
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 都市																																																																																																																																																																																																												
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式																																																																																																																																																																																																							
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				付表1																																																																																																																																																																																																							
		認知症対応型通所介護				付表2																																																																																																																																																																																																							
		小規模多機能型居宅介護				付表3																																																																																																																																																																																																							
		認知症対応型共同生活介護				付表4																																																																																																																																																																																																							
		地域密着型特定施設入居者生活介護				付表5																																																																																																																																																																																																							
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				付表6																																																																																																																																																																																																							
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				付表7																																																																																																																																																																																																							
		複合型サービス				付表8																																																																																																																																																																																																							
	地域密着型通所介護				付表9																																																																																																																																																																																																								
居宅介護支援					付表10																																																																																																																																																																																																								
介護予防	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)																																																																																																																																																																																																										
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																																																																																																																																																																																																													

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

第2号様式(第2条関係)

第2号様式(第3条関係)

第2号様式(第2条関係)

第2号様式(第3条関係)

年 月 日

年 月 日

様

様

寒川町長

印

寒川町長

指定居宅介護支援事業者指定決定（申請却下）通知書

指定居宅介護支援事業者指定更新決定（更新却下）通知書

年 月 日付けで、申請のありました指定居宅介護支援事業者の指定について、次のとおり決定しましたので通知します。

年 月 日付けで、申請のありました指定居宅介護支援事業者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

☐ 指定します

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		
介護保険事業所番号		

☐ 申請を却下します

☐ 申請を却下します

理由

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。

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。

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) 指定居宅介護支援事業者指定事項変更届出書 年 月 日 (宛先)寒川町長 開設者住所(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><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>名称</td><td colspan="9"></td></tr><tr><td>所在地</td><td colspan="9"></td></tr><tr><td>サービスの種類</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td>変更年月日</td><td colspan="10">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">変更があった事項(該当に○)</td><td colspan="9">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> 備考 変更内容が分かる書類を添付してください。		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											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 指定居宅介護支援事業者指定取消・停止通知書 年 月 日付けで、指定しました指定居宅介護支援事業者の指定について、次のとおり決定しましたので通知します。 <table><tr><td rowspan="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 所 番 号</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">取 消 理 由</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">停止の期間</td><td>年 月 日 年 月 日</td></tr></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 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。	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			停止の期間		年 月 日 年 月 日
	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																																																																																																																																																																																																																																																								
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																																																																																																																																																																																																																																																								
停止の期間		年 月 日 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																						

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) 指定居宅介護支援事業者廃止・休止・再開届出書 (宛先)寒川町長 住所 開設者 (所在地) 氏名 (名称及び代表者氏名) 年 月 日 印 次のとおり、事業の 廃止（休止、再開）を届け出ます。 <table><tr><td rowspan="3">廃止 (休止、再開) する事業所</td><td>介護保険事業者番号</td><td></td></tr><tr><td>名称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr></table><table><tr><td>廃止（休止、再開）の別</td><td>廃止 ・ 休止 ・ 再開</td></tr><tr><td>廃止（休止、再開）の 年月日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>廃止（休止）の理由</td><td></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></td></tr><tr><td>休止予定期間</td><td>休止日 ～ 年 月 日</td></tr></table> 備考1 事業の廃止又は休止に係る届出にあっては、廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。 2 事業の再開に係る届出にあっては、再開した日から10日以内に届け出てください。また、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。	廃止 (休止、再開) する事業所	介護保険事業者番号		名称		所在地		廃止（休止、再開）の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開	廃止（休止、再開）の 年月日	年 月 日	廃止（休止）の理由		現にサービス又は支援を受けている者に対する措置		休止予定期間	休止日 ～ 年 月 日	(削る)
廃止 (休止、再開) する事業所		介護保険事業者番号																
		名称																
	所在地																	
廃止（休止、再開）の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開																	
廃止（休止、再開）の 年月日	年 月 日																	
廃止（休止）の理由																		
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置																		
休止予定期間	休止日 ～ 年 月 日																	

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)				
指定居宅介護支援事業者指定更新申請書				
年 月 日				
(宛先) 寒川町長				
(名称)				
申請者				
(代表者の職名・氏名)		印		
介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。				
申 請 者	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 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 氏名	生年月日
代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市			
事 業 所	事業等の種類			
	指定有効期間満了日			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 ー) 県 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			
管 理 者	名称	生年月日		
	住所	(郵便番号 ー) 県 郡市		
	備考 誓約書を添付してください。			

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 指定居宅介護支援事業者指定更新決定（更新却下）通知書 年 月 日付けで、申請のありました指定居宅介護支援事業者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="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 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		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			(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 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 指定居宅介護支援事業者指定取消・停止通知書 年 月 日付けで、指定しました指定居宅介護支援事業者の指定について、次のとおり決定しましたので通知します。 <table><tr><td rowspan="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">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><tr><td colspan="2">停止の期間</td><td>年 月 日 年 月 日</td></tr></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判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、裁判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、裁判の日から 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			停止の期間		年 月 日 年 月 日	(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 所 番 号																													
取 消 理 由																													
停止の期間		年 月 日 年 月 日																											

