様式第１号（第２条関係）

指定居宅介護支援事業者指定申請書

年　　月　　日

　盛岡北部行政事務組合管理者　様

申請者　　主たる事業所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　印

　介護保険法に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けたいので、介護保険法第79条の規定により次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）　　　　－  （方書等） | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | 生年月日 |  |
| 氏　　名 | |  | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号）　　　　－  　（方書等） | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | （郵便番号）　　　　－  　（方書等） | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | |  | | |
| 事　業　の　種　類 | | | | 実施  事業 | 指定申請する事業の事業開始予定年月日 | | | | | 備　考 | | | |
| 居宅介護支援 | | | |  |  | | | | |  | | | |
| 基準該当居宅介護支援 | | | |  |  | | | | |  | | | |
| 関係書類 | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |

備考１　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

　　２　「法人所轄庁」欄は、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入してください。

　　３　「実施事業」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　４　「指定申請する事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記入してください。

様式第２号（第２条関係）

第　　　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

盛岡北部行政事務組合

管理者　八幡平市長

指定居宅介護支援事業所（指定基準該当居宅介護支援事業所）指定通知書

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった次の事業所について、指定居宅介護支援事業所（指定基準該当居宅介護支援事業所）として指定します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 |  |
| 事業所の名称 |  | | |
| 事業所の所在地 |  | | |
| サービスの種類 |  | | |
| 指定年月日 |  | | |
| 指定の有効期間満了日 |  | | |
| その他 |  | | |

様式第３号（第３条関係）

指定居宅介護支援事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　盛岡北部行政事務組合管理者　様

申請者　主たる事業所の所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

　指定居宅介護支援事業所の指定の更新を受けたいので、介護保険法第79条の２の規定により次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）　　　　－  （方書等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | |  |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | |
| 代表者の住所 | （郵便番号）　　　　－  （方書等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業の種類 | 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | （郵便番号）　　　　－  （方書等） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連 絡 先 | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | | | |
| 事　業　の　種　類 | | | | 実施  事業 | | | | | 指定更新する事業の  指定更新年月日 | | | | | | | | | 現在の指定の  有効期間満了年月日 | | | | | | | | 備　考 | |
| 居宅介護支援 | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 基準該当居宅介護支援 | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |
| 関係書類 | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考１　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

　　２　「法人所轄庁」欄は、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入してください。

　　３　「実施事業」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

　　４　「介護保険事業所番号」欄は、申請日現在で付番されているものを記入してください。

　　５　指定更新申請の申請日までの届出事項に変更がない場合に限り、①この申請書に記載を要する事項、②当該申請に係るサービス費の請求に関する事項、④欠格事由に該当しないことを誓約する書面、⑤役員の氏名、生年月日及び住所、⑥介護支援専門員の氏名及び登録番号及び⑦その他指定に関し必要と認める事項を除いて、書類の提出を省略できます。

様式第４号（第３条関係）

第　　　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

盛岡北部行政事務組合

管理者　八幡平市長

指定居宅介護支援事業所（指定基準該当居宅介護支援事業所）指定更新通知書

　　　　　年　　月　　日付けで指定の更新申請のあった次の事業所について、指定居宅介護支援事業所（指定基準該当居宅介護支援事業所）として指定を更新します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 |  |
| 事業所の名称 |  | | |
| 事業所の所在地 |  | | |
| サービスの種類 |  | | |
| 指定有効開始年月日 |  | | |
| 指定の有効期間満了日 |  | | |
| その他 |  | | |

様式第５号（第４条関係）

年　　月　　日

　盛岡北部行政事務組合管理者　様

申請者　主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名　　　　　　　　　　　印

指定居宅介護支援事業者変更届出書

　指定居宅介護支援事業に係る事業所の名称等に変更があったので、法第82条第１項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所の名称 | | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所の所在地 | |
| ３ | 事業所の名称及び主たる事務所の所在地 | |
| ４ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | |
| ５ | 登記事項証明書又は条例等  （申請に係る指定事業に関するものに限る） | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ６ | 事業所の平面図 | |
| ７ | 事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所 | |
| ８ | 運営規程 | |
| 変更年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考

　１　該当する番号を○で囲んでください。

　２　変更があった事項に応じて必要な関係書類を添付してください。

　３　管理者又は役員の変更に伴うものは、法第79条第２項各号に該当しないことを誓約する書面を添付してください。

様式第６号（第５条関係）

年　　月　　日

　盛岡北部行政事務組合管理者　様

申請者　主たる事務所の所在地

名称

代表者の氏名　　　　　　　　　　　印

指定居宅介護支援事業者廃止（休止・再開）届出書

　指定居宅介護支援事業を廃止（休止・再開）するので、法第82条第２項（法第82条第１項）の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止）する（再開した）事業所の名称及び所在地 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止、再開）年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止）する理由（廃止届又は休止届のみ記載すること。） |  | | | | | | | | | | |
| 現に指定居宅介護支援を受けている者に対する措置（廃止届又は休止届のみ記載すること。） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間（休止届のみ記載すること。） | 休止日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考

　１　廃止（休止）を届け出る場合は、廃止（休止）日の１月前までに届け出てください。

　２　再開を届け出る場合は、従業者の勤務体制及び勤務形態を記載した書類を添付してください。