様式第１号（第４条関係）

北秋田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所指定申請書

　　年　　月　　日

　北秋田市長　　　様

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する第１号事業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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | | | | |  | |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施  事業 | | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | | | 既に指定を受けている事業の  指定年月日 | | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業 | | 訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表１ |
| 通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | 付表２ |
| 介護保険事業所番号 | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  | （既に指定を受けている場合） | | | | | | | | | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | |

備考１「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２「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」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください｡

３「法人所轄庁」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載してください。

４「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

５「指定申請を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載してください。

６「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業所として指定された年月日を記載してください。

７　保険医療機関、保険薬局、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、その全てを記載してください。

様式第２号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北秋田市長　　　　　　　印

北秋田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所指定決定通知書

　　　　　年　　月　　日付けの指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所の指定申請については、介護保険法第115条の45の５第１項の規定に基づき、指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所として指定することを決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業開始年月日 |  |

様式第３号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北秋田市長　　　　　　　印

北秋田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所指定申請却下通知書

　　　　　年　　月　　日付けの指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所の指定申請については、指定をしないことを決定したので通知します。

※　この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、北秋田市長に対して審査請求をすることができます。

　また、この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日（前記の審査請求をしたときは、当該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か月以内に、北秋田市（訴訟において北秋田市を代表する者は北秋田市長となります。）を被告として、決定の取消しの訴えを提起することができます。なお、決定又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても、決定又は裁決の日の翌日から起算して１年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。

様式第４号（第６条関係）

北秋田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　北秋田市長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サ ー ビ ス の 種 類 | |  | | | | | | | | | | |
| 変 更 が あ っ た 事 項 | | 変　更　の　内　容 | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所の名称 | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所の所在地 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） |
| ７ | 事業所の建物の構造、平面図、専用区画等 |
| ８ | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ９ | サービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所 |
| １０ | 運営規程 |
| １１ | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| １２ | 介護予防・日常生活支援総合事業  第１号事業支給費の請求に関する事項 |
| １３ | その他の事項 |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第５号（第６条関係）

北秋田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　北秋田市長　　　　様

所　在　地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり事業の（廃止・休止・再開）をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休　止 ・ 廃　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開しようとする年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止しようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現に第１号事業を  受けている者に対する措置  　　（休止・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者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。

様式第６号（第７条関係）

北秋田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所指定更新申請書

　　年　　月　　日

　北秋田市長　　　様

所在地

申請者

名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護保険法に規定する第１号事業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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事　業　所 | フ　リ　ガ　ナ  名　　　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | | | | | |
| サービス種別 | 第１号訪問事業 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第１号通所事業 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |
| 現に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付資料 | 付表 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 誓約書・役員等名簿 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 運営基準遵守状況の自己点検シート | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 勤務表 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 雇用契約書 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 同一所在地内で実施している事業について | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |
| 第１号事業支給費の請求に係る事項 | | | | | | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | |

備考１　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

２　「サービス種別」には、この申請で指定の更新を受けようとするサービス種類を記入してください。

様式第７号（第７条関係）

　　　　 　　 第　　　号

　　　　　　年　月　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北秋田市長　　　　　　　印

北秋田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所指定更新決定通知書

　　　　　年　　月　　日付けの指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所の指定の更新申請については、下記のとおり更新することを決定しましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業所番号 |  |
| 新たな有効期間満了日 |  |

様式第８号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　号　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北秋田市長　　印

北秋田市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業所指定更新却下通知書

　　　　　年　　月　　日付けの指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス事業所の指定の更新申請については、指定の更新をしないことを決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 事業所番号 |  |

※　この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に、北秋田市長に対して審査請求をすることができます。

　また、この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日（前記の審査請求をしたときは、当該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か月以内に、北秋田市（訴訟において北秋田市を代表する者は北秋田市長となります。）を被告として、決定の取消しの訴えを提起することができます。なお、決定又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内であっても、決定又は裁決の日の翌日から起算して１年を経過すると決定の取消しを求める訴えを提起することができなくなります。