

受付番号

米子市介護予防・日常生活支援総合事業指定・更新 申請書

年 月 日

米子市長 様

所在地
申請者
名 称

㊞

介護保険法に規定する事業者に係る指定・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 -)											
	(ビルの名称等)											
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 -)										
		(ビルの名称等)										
	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	添付 書類			
	サー ビス 訪 問 型	介護予防訪問介護相当サービス								付表1		
	サー ビス 通 所 型	介護予防通所介護相当サービス								付表2		
		通所型サービスC								付表3		
介護保険事業者番号						(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」「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」「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。
- 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、今回申請する事業等にあつては該当する欄に「◎」、既に指定を受けている事業等にあつては該当する欄に「○」、指定があつたものとみなされた事業等にあつては該当する欄に「みなし」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者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。
- 8 「介護保険事業者番号」は、既に指定等を受けている場合に記載してください。

変 更 届 出 書		年 月 日																			
米子市長 様		所在地 届出者（事業者） 名称 代表者氏名																			
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。		⑩																			
		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">介 護 保 険 事 業 者 番 号</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	介 護 保 険 事 業 者 番 号																		
介 護 保 険 事 業 者 番 号																					
指定内容を変更した事業所（施設）		名称 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 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・電話・FAX番号																				
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、住所及び職名																				
6	定款・寄附行為等及びその登録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、専用区画等	(変更後)																			
8	事業所の管理者の氏名及び住所																				
9	運営規程																				
10	重要事項説明書																				
11	介護予防・日常生活支援総合事業費算定に関する事項																				
12	役員の氏名及び住所																				
13	その他																				
変 更 年 月 日		年 月 日																			

- 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。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

米子市長 様

所在地

届出者（事業者）

名称

印

代表者氏名

次のとおり事業を 廃止・休止・再開 しましたので届け出ます。

	介護保険 事業者番号										
廃止（休止・再開）する事業所（施設）	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）した年月日	年 月 日										
休止（廃止）した理由											
現にサービス又は支援を受けていた者 に対する措置 (休止又は廃止の場合のみ)											
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つては、介護保険法施行細則（平成11年厚生省令第36号）に定める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。