

受付番号

指定地域密着型サービス事業所
 指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定・更新 申請書
 指定居宅介護支援事業所

年 月 日

米子市長 様

所在地
 申請者
 名称

㊞

介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する指定地域密着型サービス（介護予防サービス）事業所又は指定居宅介護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	添付書類			
	地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護										
		夜間対応型訪問介護										
		地域密着型通所介護										
		認知症対応型通所介護										
		小規模多機能型居宅介護										
		認知症対応型共同生活介護										
		地域密着型特定施設入居者生活介護										
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護										
	介護予防地域密着型サービス	看護小規模多機能型居宅介護										
		介護予防認知症対応型通所介護										
		介護予防小規模多機能型居宅介護										
	介護予防認知症対応型共同生活介護											
居宅介護支援												
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

届出者（事業者） 所在地
 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。

		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											
		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・施設の名称	(変更前)											
2	事業所・施設の所在地												
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、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・施設の建物の構造、専用区画等												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	(変更後)											
9	運営規程												
10	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関												
11	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												
12	地域密着型介護サービス費の請求に関する 事項												
13	役員の氏名及び住所												
14	本体施設、本体施設との移動経路等												
15	併設施設の状況等												
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）するので、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													
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 の 別													
廃止（休止・再開）する年月日	年 月 日												
廃 止 （ 休 止 ） す る 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 (廃止又は休止の場合のみ)													
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。

指 定 辞 退 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

次のとおり指定を辞退したいので、届け出ます。

	介 護 保 険 事 業 者 番 号												
指定を辞退する事業所（施設）	名 称												
	所在地												
指 定 を 受 け た 年 月 日	年 月 日												
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日												
指 定 を 辞 退 す る 理 由													
現に施設に入所している者に対する措置													

備考 指定を辞退する日の1か月前までに届け出てください。