

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  
 指定居宅介護支援事業所  
 指定介護予防支援事業所

指定申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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。

		法人番号																			
申 請 者	フリガナ																				
	名 称																				
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 - )		都 道 市 区			府 県 町 村													
	連絡先		電話番号	(内線)				FAX番号													
			Email																		
	法人等の種類																				
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 - )		都 道 市 区			府 県 町 村														
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に <input checked="" type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>									
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		共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>	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						付表第二号(二)													
		認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)													
		小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)													
		認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)													
		地域密着型特定施設入居者生活介護						付表第二号(八)													
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						付表第二号(九)													
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						付表第二号(一)													
		複合型サービス						付表第二号(十)													
	地域密着型通所介護		<input type="checkbox"/>				付表第二号(三)														
	居宅介護支援事業						付表第二号(十一)														
	介護予防支援事業						付表第二号(十二)														
サ ー ジ 域 密 着 型 介 護 予 防 サ ー ビ ス	介護予防認知症対応型通所介護						付表第二号(四)(五)														
	介護予防小規模多機能型居宅介護						付表第二号(六)														
	介護予防認知症対応型共同生活介護						付表第二号(七)														
介護保険事業所番号																(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)					

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、保険薬局、老人保健施設又は訪問看護ステーションとして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。
- 3 地域密着型サービス事業所又は地域密着型介護予防サービス事業所のいずれか一方の指定を受けている事業所について、他方の地域密着型サービス事業所又は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であって、届出事項に変更がないときは、「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」、「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」及び「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。
- 4 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 5 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号の記入も可能です。
- 6 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。

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  
 指定居宅介護支援事業所  
 指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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。

法人番号

申請者	フリガナ 名称			
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 - ) 都道 市区 府県 町村		
	連絡先	電話番号 (内線) FAX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 - ) 都道 市区 府県 町村		
事業所	事業等の種類	介護保険事業所番号		
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 - ) 都道 市区 府県 町村		
	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			
管理者	フリガナ 氏名	生年月日		
	住所	(郵便番号 - ) 都道 市区 府県 町村		

- 備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。  
 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。  
 3 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。  
 4 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

別紙様式第二号(三)

廃止・休止届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業所番号	.....
	法人番号	.....
廃止(休止)する事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止の別	廃止 ・ 休止	
廃止・休止する年月日	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る者に対する措置		
休止予定期間	休止日 ~ 年 月 日	

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。

変更届出書

年 月 日

所在地  
市(区・町・村)長殿

申請者 名称

代表者職名・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。

	介護保険事業所番号	.....
	法人番号	.....
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		
法人等の種類		
代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名		
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、住所及び経歴	(変更後)	
運営規程		
協力医療機関・協力歯科医療機関		
事業所の種別		
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、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		
連携する訪問看護を行う事業所の名称		
連携する訪問看護を行う事業所の所在地		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

- 備考
- 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
  - 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。  
 なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の(変更前)と(変更後)欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

再開届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	.....
	法人番号	.....
再開した事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
再開した年月日		年 月 日

備考 事業の再開に係る届出にあつては、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。





(参考) 記入欄不足時の資料  
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所			委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の一部を委託する期間		
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1																	年 月 日 ~ 年 月 日
2																	年 月 日 ~ 年 月 日
3																	年 月 日 ~ 年 月 日
4																	年 月 日 ~ 年 月 日
5																	年 月 日 ~ 年 月 日
6																	年 月 日 ~ 年 月 日
7																	年 月 日 ~ 年 月 日
8																	年 月 日 ~ 年 月 日
9																	年 月 日 ~ 年 月 日
10																	年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- |                        |                  |
|------------------------|------------------|
| 1 : アセスメントの実施          | 6 : サービス提供の連携・調整 |
| 2 : 介護予防サービス計画原案の作成    | 7 : モニタリング       |
| 3 : サービス担当者会議の開催       | 8 : 評価           |
| 4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意 | 9 : 給付管理         |
| 5 : 介護予防サービス計画書の交付     | 10 : その他         |

付表第二号(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号			
	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 — ) 都 道 市 区 府 県 町 村		
	連絡先	電話番号 (内線)	FAX 番号	
管理者	フリガナ			(郵便番号 — )
	氏名			
	生年月日			
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	他の事業所、施設等の 職務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所在地		
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数(人)		担当職員		
		専従	兼務	
常勤(人)				
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数		人		
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
  - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
  - 3 担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。