

第2号様式

指定を不要とする旨の届出書

年 月 日

知事 殿

住所

申請者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を不要とする旨を申し出ます。

| | |
|----------------|--|
| 開設者 | 名称 |
| | 施設種別 |
| | 所在地 |
| 管理者 | 氏名 |
| | 住所 |
| 申出に係る居宅サービスの種類 | <input type="checkbox"/> 訪問看護 |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護 |
| | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション |
| | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導 |
| | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 |
| | <input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護 |

備考 申し出を行う居宅サービスについて○印を付してください。

変更届出書

年 月 日

知事 殿

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

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。

| | | | | |
|--|-----------|-------|-------|--|
| 指定内容を変更した事業所等 | 介護保険事業所番号 | | | |
| | 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 | | | | |
| 代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所 | | | | |
| 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 | | | | |
| 備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業) | | | | |
| 利用者の推定数 | | | | |
| 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所口 (介護老人保健施設は、事前に承認を受ける。) | | | | |
| サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | | | |
| 運営規程 | | | | |
| 協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関 | | | (変更後) | |
| 事業所の種別 | | | | |
| 提供する居宅療養管理指導の種類 | | | | |
| 事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 単独型・空床利用型・併設型の別) | | | | |
| 利用者、入所者又は入院患者の定員 | | | | |
| 福祉用具の保管・消毒方法 (委託している場合にあつては、委託先の状況) | | | | |
| 併設施設の状況等 | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | |

備考 「(参考)変更届への標準添付書類一覧」を確認し、必要書類を添付してください。

再開届出書

年 月 日

知事 殿

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

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 | |
|---------|-----------|-------|
| 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、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。

第4号様式

廃止・休止届出書

年 月 日

知事 殿

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

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 | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 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。

指定辞退届出書

年 月 日

知事 殿

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 介護保険事業所番号 | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : |
| 指定を辞退する施設 | 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月前までに届け出てください。

介護老人保健施設・介護医療院 開設許可事項変更申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

開設者 名称

代表者氏名

次のとおり開設許可事項の変更の許可を申請します。

| | | | | | | | | | | | |
|------------|------------------------------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 介護保険事業所番号 | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
| 申請に係る施設 | | 名称 | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | |
| 開設許可年月日 | | 年 | | | 月 | | | 日 | | | |
| 変更年月日 | | 年 | | | 月 | | | 日 | | | |
| 変更事項(該当に○) | | 変更の内容 | | | | | | | | | |
| | 敷地面積 | (変更前) | | | | | | | | | |
| | 建物建造 | | | | | | | | | | |
| | 施設の共用の場面の利用計画 | (変更後) | | | | | | | | | |
| | 運営規則(職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。) | | | | | | | | | | |
| | 協力病院の変更 | | | | | | | | | | |

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

介護老人保健施設・介護医療院 広告事項許可申請書

年 月 日

知事 殿

所在地

開設者 名称

代表者氏名

次のとおり広告の許可を申請します。

| | | 介護保険事業所番号 | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： | ： |
|----------------|--|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 許可を受けようとする広告事項 | | | | | | | | | | | |
| 広告の内容 | | | | | | | | | | | |
| 広告の方法 | | | | | | | | | | | |

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

知事 殿
 住所
 開設者 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり指定の変更を申請します。

| | | | |
|------------------------------------|-----------|--------------------|-------|
| 申請に係る施設 | 介護保険事業所番号 | | |
| | 名称 | | |
| | | 所在地 | |
| 当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型 (該当に○) | | 療養病床を有する病院 | |
| | | 療養病床を有する診療所 | |
| | | 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院 | |
| 入院患者の推定数 (申請にかかる事業を行う部分に限る。) | 人 | | |
| 入院患者の定員 (申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。) | (変更前) | (変更後) | |
| | 人 | 人 | |

備考 1 「当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型」については、当該項目番号に○を付してください。

2 以下の書類を添付(当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。)してください。

- (1) 施設の使用許可書の写し
- (2) 建物の構造概要及び平面図ならびに設備の概要
- (3) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態

指定居宅サービス事業所
 指定介護予防サービス事業所
 介護保険施設
 指定(許可)更新申請書

年 月 日

知事 殿 (名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)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。

| | | | | |
|--------|--|-------------------|------------|-------|
| 申請者 | フリガナ 名称 | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | 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 -) 県 郡市 | | | |
| 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 -) 県 郡市 | | |
| | 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 | | | |
| | フリガナ 名称 | | | |
| 管理者 | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | |
| | フリガナ 氏名 | | 生年月日 | |
| | 住所 | (郵便番号 -) 県 郡市 | | |

- 別添 1 誓約書(参考様式6)
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)