

第1号様式

基準該当居宅サービス事業所  
 基準該当介護予防サービス事業所  
 基準該当居宅介護支援事業所  
 基準該当介護予防支援事業所

登録申請書

年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

基準該当事業所として、登録を受けたいので、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	(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	-	)	県	郡市	

法人の吸収合併又は吸収分割における指定(許可)申請時に☑

☐

登録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	登録申請対象事業等 (該当事業に○)	既に登録を受けている事業等 (該当事業に○)	登録申請をする事業等の 開始予定年月日	様式	
	居宅サービス 介護予防サービス	訪問介護				指定居宅付表1
訪問入浴介護					指定居宅付表2	
通所介護					指定居宅付表6	
短期入所生活介護					指定居宅付表8	
福祉用具貸与					指定居宅付表11	
介護予防サービス		介護予防訪問入浴介護				指定居宅付表2
		介護予防短期入所生活介護				指定居宅付表8
		介護予防福祉用具貸与				指定居宅付表11
		居宅介護支援事業				指定地域密着型付表10
		介護予防支援事業				指定地域密着型付表11
基準該当事業所番号	(既に登録を受けている場合)					
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)					

\* 裏面に記載に関しての備考があります。

備考

- 1 「登録申請対象事業等」「既に登録を受けている事業等」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。
- 3 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。

変更届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり登録を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		基準該当事業所番号	.....
登録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	
	事業所の名称	(変更前)	
	事業所の所在地		
	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		
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所		
	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		
	事業所の種別		
	事業実施形態 (本体施設が特別養護老人ホームの場合の 空床型・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っては、委託先の状況)		
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

備考 1「(参考)変更届への標準添付書類一覧」及び市町村へ確認し、必要書類を添付してください。  
 2「変更があった事項」の「変更の内容」は、「サービスの種類」に紐づく付表に変更前と変更後の内容を記入、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)欄に記入する等、変更前と変更後の内容が具体的に分かるようにしてください。

再開届出書

年 月 日

市(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。

	基準該当事業所番号	.....
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、従業員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

市(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。

	基準該当事業所番号	.....
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。

基準該当居宅サービス事業所  
 基準該当介護予防サービス事業所  
 基準該当居宅介護支援事業所  
 基準該当介護予防支援事業所

登録更新申請書

年 月 日

市(町・村)長 殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

基準該当事業所に係る登録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		(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	-	)	県	郡市	
事業所	事業等の種類		基準該当事業所番号			
	登録有効期間満了日					
	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	フリガナ 氏名	-----		生年月日		
	住所	(郵便番号	-	)	県	郡市

備考 1 「事業等の種類」に該当する付表を提出してください。  
 2 「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)