

指定居宅サービス事業者・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防サービス事業者更新申請書

年 月 日

豊中市長様

申請者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の職・氏名 ㊟
 (法人以外の者にあつては、)
 住所及び氏名

第70条の2第1項 介護保険法 第79条の2第1項 第115条の11において準用する同法第70条の2第1項 の規定により、指定居宅サービス事業者 指定居宅介護支援事業者 指定介護予防サービス事業者 に係る指定の更新を受けたい

ので、関係書類を添えて申請します。

1 申請者

名称又は氏名 ※変更の有無にかかわらず記入	名称又は氏名の変更の有無 フリガナ	変更有り□・変更無し□
	法人名を記載してください。	
主たる事務所の所在地 ※変更の有無にかかわらず記入	主たる事務所の所在地の変更の有無 フリガナ (郵便番号 -)	変更有り□・変更無し□
申請者の連絡先 ※変更有りの場合は、変更後の連絡先を記入	申請者の連絡先の変更の有無 変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:	変更有り□・変更無し□
法人の種別・法人の所轄庁 ※変更有りの場合は、変更後の法人の種別・法人の所轄庁を記入	法人の種別の変更の有無 変更後の法人の種別: 変更後の法人の所轄庁:	変更有り□・変更無し□
代表者の職・氏名・生年月日 ※変更の有無にかかわらず記入	代表者の職・氏名の変更の有無 代表者の職: 代表者の氏名: (氏名フリガナ:) 代表者の生年月日:	変更有り□・変更無し□
代表者の住所 ※変更の有無にかかわらず記入	代表者の住所等の変更の有無 フリガナ (郵便番号 -) 電話番号 FAX番号	変更有り□・変更無し□
役員の職・氏名・生年月日・住所	役員の職・氏名・生年月日・住所の変更の有無 ※変更の有無にかかわらず役員名簿(参考様式10)に記載して添付	変更有り□・変更無し□

2 指定の更新を受けようとする事業所

事業所の名称 ※変更の有無にかかわらず記入	名称の変更の有無 フリガナ	変更有り□・変更無し□
事業所の所在地 ※変更の有無にかかわらず記入	事業所の所在地の変更の有無 フリガナ (郵便番号 -)	変更有り□・変更無し□
事業所の連絡先 ※変更有りの場合は、変更後の連絡先を記入	申請者の連絡先の変更の有無 変更後の電話番号: 変更後のFAX番号:	変更有り□・変更無し□
介護保険事業所番号	2 7 (既に指定を受けている番号を記入)	
現に指定を受けている事業者の有効期間満了日	年 月 日	
更新(事業開始)年月日※有効期間満了日の翌日を記入	年 月 日	

申請担当者氏名	
連絡先	電話番号
	FAX番号

(裏)

- 備考
- 1 「法人の種別」の欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」「株式会社」等の別を記入すること。
 - 2 「法人の所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。
 - 3 「更新年月日」の欄には、該当する欄に有効期間満了日の翌日を記載すること。
 - 4 「現に指定を受けている事業者の有効期間満了日」の欄には、現在の有効期間の満了日を記載すること。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
(訪問リハビリテーション)

1 異動等の区分

記載不要です。

新規	変更	終了	異動(予定)年月日
----	----	----	-----------

2 事業所番号及び名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出を行う体制等

地域区分	加 算 等 の 項 目								
	1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	6 級地	7 級地	その他	
施設等の区分	病院又は診療所				介護老人保健施設				
短期集中リハビリテーション実施加算	なし			し		あり			
リハビリテーションマネジメント加算	なし		加算I			加算II			
社会参加支援加算	なし			し		あり			
サービス提供体制強化加算	なし			し		あり			

各項目について該当する事項の前の部分に○印を入れてください。セルをクリックするとメニューから選択できます。

記入例

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表
(介護予防訪問リハビリテーション)

1 異動等の区分

記入不要です。

新規	変更	終了	異動(予定)年月日
----	----	----	-----------

2 事業所番号及び名称

事業所番号	2	7							
事業所の名称									

3 届出を行う体制等

加 算 等 の 項 目										
地 域 区 分	1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	6 級地	7 級地	その他		
施設等の区分	病院又は診療所				介護老人保健施設					
サービス提供体制 強化加算	な し				あ り					

各項目について該当する事項の前の部分に○印を入れてください。セルをクリックするとメニューから選択できます。

指定更新に係る業務管理体制確認書

記入例

年 月 日

貴法人における業務管理体制の状況を記入してください。

		事業者（法人）番号											
1 事業者	法人の種類別												
	フリガナ名												
	住所 (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					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ			生年月日		年 月 日					
代表者の住所	(郵便番号)												
		(ビルの名称等)											
2 事業所名称等及び所在地	事業所数	計	か所	指定(許可)	年月日		年 月 日						
	介護保険事業所番号												
	事業所名称	事業所数が複数ある場合は、事業所一覧を添付してください。(訪問介護サービス、介護予防訪問介護サービスでは事業所数が2か所となるため、事業所一覧が必要です。)											
※事業所が複数あり本様式に書ききれない場合は、事業所一覧を添付すること。													
3 介護保険法施行規則第140条の40第1項第2号から第4号までに掲げる届出事項	第2号	法令遵守責任者の氏名及び生年月日											
		フリガナ						年 月 日					
		氏名	全ての法人が記入してください。										
	第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要											
	事業所数 20 以上の法人が記入してください。												
	第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要											
	事業所数 100 以上の法人が記入してください。												
4 届出先	事業所数が3以上の地方厚生局管轄区域に所在する事業者												
	すべての事業所が同一都道府県内に所在する事業者												
	※該当する機関に○すること。 ※()内には、都道府県・指定都市・市町村の名称を記載してください。	1 厚生労働大臣	2 都道府県知事 ()										
		3 指定都市の長 ()					4 市町村長 ()						
		地域密着型サービスを行う事業者											