

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

Table with 3 columns: Field Name, Field Content, and Status (Change/No Change). Fields include: Name/Address change, Main office location, Applicant contact info, Legal entity details, Representative info, and Employee info.

2 指定の更新を受けようとする事業所

Table with 3 columns: Field Name, Field Content, and Status. Fields include: Business name, Business location, Business contact info, Insurance business number, and Effective dates.

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。

記入例

## 介護給付費算定に係る体制等状況一覧表 (通所介護)

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									

( 単位 / 単位 )

※複数単位がある場合は、単位ごとに作成してください

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	通常規模型事業所			大規模型事業所(Ⅰ)			大規模型事業所(Ⅱ)			
職員の欠員による減算の状況	なし			看護職員			介護職員			
時間延長サービス体制	対応不可				対応可					
入浴介助体制	なし			あり						
中重度者ケア体制加算	なし			あり						
個別機能訓練体制	なし			加算Ⅰ			加算Ⅱ			
認知症加算	なし			あり						
若年性認知症利用者受入加算	なし			あり						
栄養改善体制	なし			あり						
口腔機能向上体制	なし			あり						
サービス提供体制強化加算	なし			加算Ⅰイ			加算Ⅰロ		加算Ⅱ	
介護職員処遇改善加算	なし		加算Ⅰ		加算Ⅱ		加算Ⅲ		加算Ⅳ	
割引	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。

※割引を設定する場合は、「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」(別紙5)を添付してください。

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表  
( 介 護 予 防 通 所 介 護 )

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									

( 単位 / 単位 )

※複数単位がある場合は、単位ごとに作成してください

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		
職員の欠員による減算の状況	なし			看護職員			介護職員			
若年性認知症利用者受入加算	なし		し			あり				
生活機能向上グループ活動加算	なし		し			あり				
運動器機能向上体制	なし		し			あり				
栄養改善体制	なし		し			あり				
口腔機能向上体制	なし		し			あり				
選択的サービス複数実施加算	なし		し			あり				
事業所評価加算〔申出〕の有無	なし		し			あり				
サービス提供体制強化加算	なし		加算Ⅰイ		加算Ⅰロ		加算Ⅱ			
介護職員処遇改善加算	なし		加算Ⅰ		加算Ⅱ		加算Ⅲ		加算Ⅳ	
割引	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。

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	
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		月		年		日	
	介護保険事業所番号														
	※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。		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。）											
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							氏名			年	月		日
	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	※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（ ）						
		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							
		地域密着型サービスを行う事業者													