

総社市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年3月21日

総社市長 片岡 聡 一

総社市規則第14号

総社市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則の一部を改正する規則

総社市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則（平成18年総社市規則第28号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動様式」という。）を当該移動様式に対応する同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式とする。

改正後	改正前
<u>様式第1号（第2条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第1号（第2条関係）</u> 略
<u>様式第3号（第4条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第3号（第4条関係）</u> 略
<u>様式第4号（第5条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第4号（第5条関係）</u> 略
<u>様式第5号（第5条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第5号（第5条関係）</u> 略
<u>様式第6号（第5条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第6号（第5条関係）</u> 略
<u>様式第7号（第6条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第7号（第6条関係）</u> 略

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

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

総社市長 様

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)															
介護予防地域密着型サービス										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 略

様式第3号（第4条関係）

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

総社市長 様

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 府県	市区 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 府県	市区 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 府県	市区 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 府県	市区 町村	

備考 略

変更届出書

年 月 日

総社市長 様

申請者 所在地  
 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。）		
	共生型サービスの該当有無		
	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		
	運営規程		
	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関		
	事業所の種別等		
	介護老人福祉施設，介護老人保健施設，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 略

再開届出書

年 月 日

総社市長 様

申請者 所在地  
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 略

廃止・休止届出書

年 月 日

総社市長 様

申請者 所在地  
 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 略

