

総社市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者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3年9月9日

総社市長 片岡 聡 一

総社市規則第40号

総社市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則

総社市介護予防・日常生活支援総合事業における第1号事業者の指定等に関する規則（平成28年総社市規則第44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3条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第1号（第3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7条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第5号（第7条関係）</u> 略
<u>様式第6号（第7条関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第6号（第7条関係）</u> 略

附 則

この規則は、令和3年10月1日から施行する。

指定申請書

年 月 日

総社市長 様

所在地

申請者 名称

代表者氏名

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、次のとおり、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 —)					
	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		生年月日	
			氏名				
代表者の住所	(郵便番号 —)						
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の種類			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
	総合事業第1号事業 介護予防・日常生活支援						
介護保険事業所番号				(既に指定を受けている場合)		
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

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、次のとおり、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 ー)				
	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 ー)					
事 業 所	事業の種類		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 ー)				
	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						
主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)					
管 理 者	フリガナ			生年月日		
	氏 名					
	住 所	(郵便番号 ー)				

変更届出書

年 月 日

総社市長 様

所在地

事業者 名称

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。

		介護保険事業所番号	：	：	：	：	：	：	：	：	：
指定内容を変更した事業所		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										
	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	(変更後)									
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所										
	運営規程										
	協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関										
	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										
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号										

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第6号（第7条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

総社市長 様

所在地

事業者 名称

代表者氏名

次のとおり事業の廃止（休止・再開）を届け出ます。

	介護保険事業所番号	：	：	：	：	：	：	：	：
廃止（休止）する事業所又は再開した事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
廃止・休止・再開の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開								
廃止（休止）する年月日又は再開した年月日	年			月			日		
廃止・休止する理由									
現に第1号事業のサービスを受けている者 に対する措置（廃止・休止の場合のみ）									
休止予定期間	休 止 日			～			年 月 日		

備考 廃止及び休止に係る届出にあつては、廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
再開に係る届出にあつては、当該事業に係る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。