

様式第1 (第14条関係)

岩倉市介護予防・日常生活支援総合事業者指定申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

所在地
申請者 名 称
代表者氏名

介護保険法第115条の45の5第1項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。

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の 所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種別		法人所轄庁			
	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	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
	事業の種類			実施 事業	指定申請をする 事業の事業開始 予定年月日	既に指定を受け ている事業の 指定年月日
	介 護 予 防 ・ 生 活 支 援 サ ー ビ ス	介護予防訪問介護相当サービス				
		訪問型サービスA				
		介護予防通所介護相当サービス				
		通所型サービスA				
介護保険事業所番号			(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

備考

- 「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してくださ

い。

- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 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。

様式第2（第15条関係）

第 号
年 月 日

様

岩倉市長

印

岩倉市介護予防・日常生活支援総合事業者指定決定通知書

介護保険法第115条の45の5第1項の規定に基づき、次のとおり岩倉市介護予防・日常生活支援総合事業者の指定事業者として指定しましたので、通知します。

- 1 申請者名
- 2 代表者名
- 3 事業所名
- 4 所在地
- 5 介護保険事業者番号
- 6 サービスの種類
- 7 指定年月日
- 8 指定の有効期間満了日
- 9 特記事項

岩倉市介護予防・日常生活支援総合事業者指定更新申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

所在地
申請者 名 称
代表者氏名

介護保険法第115条の45の6第1項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。

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX 番号		
	法人の種別			法人所轄庁		
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	事業所等の所在地	(郵便番号 -)				
	事業の種類			実施事業	有効期間満了日	
	介護予防・生活支援サービス	介護予防訪問介護相当サービス				
		訪問型サービスA				
		介護予防通所介護相当サービス				
		通所型サービスA				
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

備考

- 1 「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、今回更新を受けようとするものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「有効期間満了日」欄は、現に受けている指定の有効期間満了日の年月日を記載してください。
- 6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 7 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。

様式第4（第17条関係）

岩倉市介護予防・日常生活支援総合事業者変更届出書

年 月 日

岩倉市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者氏名

下記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。

記

- 1 事業所の名称、所在地及び介護保険事業所番号
- 2 サービスの種類
- 3 変更があった事項
- 4 変更の内容
- 5 変更の理由
- 6 変更年月日

備考 変更内容がわかる書類を添付すること。

様式第5（第17条関係）

岩倉市介護予防・日常生活支援総合事業者廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

岩倉市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者氏名

下記のとおり事業の廃止・休止・再開をしましたので届け出ます。

記

- 1 事業所の名称、所在地及び介護保険事業所番号
- 2 サービスの種類
- 3 廃止・休止・再開した年月日
- 4 廃止・休止した理由
- 5 現にサービスを受けていた者に対する措置（廃止・休止の場合のみ記入）
- 6 休止の予定期間

備考 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に関する書類を添付すること。