

○秩父別町指定地域密着型介護サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する要綱

平成21年8月11日訓令第37号

改正

平成30年3月12日訓令第7号

秩父別町指定地域密着型介護サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する要綱

(趣旨)

**第1条** この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）及び介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(指定の申請等)

**第2条** 法第78条の2第1項及び第115条の12の規定による申請は、様式第1号による指定申請書により行うものとする。

2 前項の規定により指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

(変更の届出等)

**第3条** 法第78条の5及び第115条の14の規定による届出は、それぞれ次に掲げるとおりとする。

(1) 施行規則第131条の13第1項及び第140条の30第1項に掲げる事項の変更に係るものにあつては様式第2号による変更届出書により行うものとする。

(2) 施行規則第131条の13第4項及び第140条の30第4項に規定する事業の廃止、休止に係るものにあつては、様式第3号による廃止・休止届出書により行うものとする。

(3) 施行規則第131条の13第3項及び第140条の30第3項に規定する事業の再開に係るものにあつては、様式第4号による再開届出書により行うものとする。

(指定の更新の申請)

**第4条** 法第78条の12及び法第115条の21において準用する法第70条の2の規定による申請は、様式第5号による更新申請書により行うものとする。

(都道府県等への情報提供)

**第5条** 町長は、前3条の規定により指定、指定の更新又は届出の受理又は更新（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、北海道、国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業所に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

(1) 事業所の名称及び所在地

(2) 当該事業所の指定の申請者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所、生年月日

(3) 指定年月日及び指定更新年月日並びに指定有効期間満了日

(4) 事業開始年月日

(5) 運営規程

(6) 介護保険事業所番号

(7) 管理者の氏名、住所、生年月日

- (8) 介護支援専門員の氏名、生年月日、登録番号  
(公示)

**第6条** 法第78条の11及び第115条の20の規定による公示は、法第78条の11各号及び第115条の20各号の措置に係る事業所に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業所番号
- (2) 指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の名称及び所在地
- (3) 当該事業所の指定の申請者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
- (4) 指定、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止の年月日
- (5) サービスの種類

(委任)

**第7条** この要綱に定めるもののほか、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に必要な事項は、町長が別に定める。

#### 附 則

(施行期日)

**第1条** この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

(指定等を行うために必要な準備)

**第2条** 町長は、この要綱の施行日前においても、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関し、必要な手続きを行うことができる。

附 則 (平成30年3月12日訓令第7号)

この訓令は、公布の日から施行する。

# 様式第1号（第2条関係）

第1号様式

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 指定申請書

年 月 日

秩父別町長 様 (名称)  
申請者 (代表者の職名・氏名) 印

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。

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						
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 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 - )						
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				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1
		認知症対応型通所介護							付表2
		小規模多機能型居宅介護							付表3
		認知症対応型共同生活介護							付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護							付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護							付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護							付表7
		複合型サービス							付表8
		地域密着型通所介護							付表9
	サ ー ビ ス 防 止 型	介護予防認知症対応型通所介護							付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護							付表3
		介護予防認知症対応型共同生活介護							付表4
介護保険事業者番号				〈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
- 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に○を記入してください。
  - 2 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。
  - 3 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

付表1 夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	連絡先	電話番号				FAX 番号			
Email									
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )			
	氏名								
	生年月日								
	当該夜間対応型訪問介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)								
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
オペレーションセンターの有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
オペレーションセンターのか所数				か所					
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		面接相談員	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)									
非常勤(人)									
添付書類		別添のとおり							

(夜間対応型訪問介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	連絡先	電話番号				FAX 番号		
Email								

- 備考1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

〔別添〕

付表1 夜間対応型訪問介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	平面図	参考様式3
4	設備・備品等一覧表	参考様式4
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
7	誓約書	参考様式6

付表2-1 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(単独型・併設型)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
Email					
事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 単独型 <input type="checkbox"/> 併設型			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
	生年月日				
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称		事業所番号
		兼務する職種 及び勤務時間等	-----		
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤(人)					
非常勤(人)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
添付書類	別添のとおり				

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
Email					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。  
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表2-1 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の経歴	参考様式2
4	平面図	参考様式3
5	設備・備品等一覧表	参考様式4
6	運営規程	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
8	誓約書	参考様式6

付表2-2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(共用型)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
本体事業種別	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設				
管理者	フリガナ			(郵便番号 - )	
	氏名			住所	
	生年月日				
者	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称			事業所番号
		兼務する職種及び勤務時間等			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
本体の事業所等の入居者を含めた利用者数		人			
従業者の職種・員数	生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員	
	常勤(人)				
	非常勤(人)				
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				
添付書類	別添のとおり				

(認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
		Email			
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人② 人③ 人)				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。  
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。



(別添)

付表2-2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の経歴	参考様式2
4	平面図	参考様式3
5	設備・備品等一覧表	参考様式4
6	運営規程	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
8	誓約書	参考様式6

付表3 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX 番号	
	Email			
併設施設等	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護認知症対応施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院			
管理者	フリガナ			
	氏名	住所	(郵便番号 - )	
	生年月日			
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			
	併設する施設等の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称	事業所番号	
	兼務する職種及び勤務時間等			
療育機力関係	名称			主な診療科名
	名称			主な診療科名
○人員に関する基準の確認に必要な事項				
従業者の職種・員数		介護従業者	うち看護職員	介護支援専門員
		専従	兼務	専従
	常勤(人)			
	非常勤(人)			
	常勤換算後の人数(人)			
通いサービスの利用者数(推定数を記入)		人		
○設備に関する基準の確認に必要な情報				
居間及び食堂の合計面積		m <sup>2</sup>		
個室以外の宿泊室の合計面積		m <sup>2</sup>	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	m <sup>2</sup>
登録定員		人		
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他		
添付書類		別添のとおり		

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号	FAX 番号	
	Email			
○設備に関する基準の確認に必要な情報				
居間及び食堂の合計面積		m <sup>2</sup>		
個室以外の宿泊室の合計面積		m <sup>2</sup>	宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	m <sup>2</sup>
登録定員		人		
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他		

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。  
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表3 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の経歴	参考様式2
4	平面図	参考様式3
5	設備・備品等一覧表	参考様式4
6	運営規程	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
8	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	
10	誓約書	参考様式6
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表4 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号			FAX 番号	
管理者	フリガナ			住所		
	氏名					
	生年月日					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称			事業所番号	
	兼務する職種及び勤務時間等		-----			
協力医療機関	名称				主な診療科名	
	名称				主な診療科名	
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
共同生活住居数	戸	①		②		
従業者の職種・員数			介護従業者		計画作成担当者	
			専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
利用者数(推定数を記入)	人	人	人	人		
利用定員		人	人	人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
建物の構造	<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他					
添付書類	別添のとおり					

- 備考1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。

(別添)

付表4 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	管理者の経歴	参考様式2
4	平面図	参考様式3
5	設備・備品等一覧表	参考様式4
6	運営規程	
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
8	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
9	介護老人福祉施設・介護老人保健施・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	
10	誓約書	参考様式6
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表5 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - )								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
	Email									
施設の区分 (該当に○)	有料老人ホーム				施設開設年月日					
	軽費老人ホーム				施設開設年月日					
	サービス付き高齢者向け住宅				施設開設年月日					
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )				
	氏名									
	生年月日									
	当該特定施設で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称				事業所番号					
	兼務する職種及び勤務時間等									
医療協力関係	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
	名称				主な診療科名					
○人員に関する基準の確認に必要な事項										
従業者の職種・員数	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数										
利用者数(推定数を記入)		人(前年の平均値、新規の場合は推定数を記入)								
要介護者		人								
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
入居定員		人								
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他				
添付書類		別添のとおり								

備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

(別添)

付表5 地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	平面図	参考様式3
4	設備・備品等一覧表	参考様式4
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	誓約書	参考様式6
9	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - )									
	連絡先	電話番号				FAX 番号					
Email											
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )					
	氏名										
	生年月日										
	同一敷地内の他の事業所、施設又は本体施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)		名称				事業所番号				
			兼務する職種及び勤務時間等								
本体施設の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		併設事業所の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
短期入所生活介護の実施の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		事業の実施形態		<input type="checkbox"/> 空床型 <input type="checkbox"/> 併設型					
療養協力関係医	名称				主な診療科名						
	名称				主な診療科名						
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数				医師		生活相談員		介護職員		看護職員	
				専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数				栄養士		機能訓練指導員		介護支援専門員		栄養士を配置しない場合の措置	
				専従	*兼務	専従	*兼務	専従	*兼務		
地域密着型介護老人福祉施設及び短期入所生活介護従事人数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
入所者数(推定数を記入)		人				短期入所利用者数(併設型の場合)		人(推定数を記入)			
○設備に関する基準の確認に必要な事項											
		地域密着型介護老人福祉施設			短期入所生活介護						
居室	1室の最大定員				人			人			
	入所者1人あたりの最小床面積				㎡			㎡			
食堂と機能訓練室の合計面積					㎡			㎡			
廊下	片廊下の幅				m			m			
	中廊下の幅				m			m			
入居定員						人					
添付書類		別添のとおり									

- 備考1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 2 「短期入所生活介護を実施している場合の事業の実施形態(空床型・併設型の別)」については、空床型・併設型のいずれか一方又は両方にチェックをしてください。
- 3 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 4 従業員の職種・員数の「\*兼務」欄は、短期入所生活介護以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 5 介護支援専門員に代えて介護の提供に係る計画等の作成に関し経験のある生活相談員等を配置する場合には、その員数は、「介護支援専門員等」欄に記載してください。
- 6 短期入所生活介護を実施していない場合は、短期入所生活介護の「設備に関する基準の確認に必要な事項」欄については、記載不要です。



(別添)

付表6 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	特別養護老人ホームの認可証等の写	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
4	平面図	参考様式3
5	設備・備品等一覧表	参考様式4
6	本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間	
7	併設する施設の概要	
8	運営規程	
9	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
10	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
11	誓約書	参考様式6
12	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - )									
	連絡先	電話番号			FAX番号						
		Email									
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )					
	氏名										
	生年月日										
	他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			事業所の名称						
				兼務する職種及び勤務時間等							
連携する訪問看護事業所 (連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護を実施する場合のみ記載)					名称						
					住所	(郵便番号 - )					
○人員に関する基準の確認に必要な事項											
従業者の職種・員数		訪問介護員等				オペレーター		看護職員		うち計画作成責任者	
		定期巡回サービス		随時訪問サービス							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
添付書類		別添のとおり									

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - )							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
		Email							

備考 1 記入欄が不足する場合は、遮宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

2 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

〔別添〕

付表 7 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	平面図	参考様式3
4	設備・備品等一覧表	参考様式4
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
7	誓約書	参考様式6

付表 8 複合型サービス事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
連絡先	電話番号			FAX番号	
	Email				
併設施設等	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護支援センター				
訪問看護事業所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
管理者	フリガナ			(郵便番号 - )	
	氏名			住所	
	生年月日				
	事業所内の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(職種: )		
他事業所の従業者との兼務の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所の名称			
		事業所番号			
医療機関	名称			主な診療科名	
	名称			主な診療科名	
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数					
		介護従事者		うち看護職員	
		専従 兼務		専従 兼務	
常勤(人)					
非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)					
通いサービスの利用者数(推定数を記入)					
人					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
居間及び食堂の合計面積		㎡			
個室の宿泊室		㎡		うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室(病院又は診療所である場合)	
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他			
添付書類		別添のとおり			

(複合型サービス事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
連絡先	電話番号			FAX番号	
	Email				
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
居間及び食堂の合計面積		㎡			
個室の宿泊室		㎡		うち床面積6.4㎡以上7.43㎡未満の宿泊室(病院又は診療所である場合)	
個室以外の宿泊室の合計面積		㎡		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他			

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を削って記載するか又は別添に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。  
 4 当該事業所を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

(別添)

付表 8 複合型サービス事業所の指定に係る記載事項 添付書類

	添付書類	参考様式
1	登記事項証明書又は条例等	
2	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式1
3	平面図	参考様式3
4	設備・備品等一覧表	参考様式4
5	運営規程	
6	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	参考様式5
7	協力医療機関(協力歯科医療機関)との契約の内容	
8	介護老人福祉施設・介護老人保健施・病院等との連絡体制及び支援の体制の概要	
9	誓約書	参考様式6
10	介護支援専門員の氏名及びその登録番号	参考様式7

付表 9 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	Email				
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )	
	氏名				
	生年月日				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合のみ記入)	名称				
	兼務する職種 及び勤務時間等	.....			
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常勤(人)					
非常勤(人)					
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
添付書類	別添のとおり				

(地域密着型通所介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - )			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	Email				
○設備に関する基準の確認に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ : )				
利用定員	人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 人)				
添付書類	平面図				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。  
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。  
 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。









(参考様式5)

### 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措置の概要	
1	利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置
2	円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順
3	苦情があったサービス事業者に対する対応方針等(居宅介護支援事業者の場合記入)
4	その他参考事項

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記してください。

(参考様式6)

## 誓約書

年 月 日

秩父別町長 様

申請者 (名称)

\_\_\_\_\_  
(代表者の職名・氏名)

\_\_\_\_\_  
印

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①: 地域密着型サービス事業所向け
	別紙②: 地域密着型介護予防サービス事業所向け

(該当に○)

**(別紙①：地域密着型サービス事業所向け)**  
**介護保険法第78条の2第4項**

- 一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の定業者の知識及び技能並びに人員が、第七十八條の四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同項第五項に規定する指定地域密着型サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第七十八條の四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型サービスの事業の設備及び運営に関する基準に定めて適正な地域密着型サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長（以下この条において「所在地市町村長」という。）の同意を得ていないとき。
- 四の二 申請者が、禁煙以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく納付処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に当該期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第七十八條の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき、ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第七十八條の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定に限る。）を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき、ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の三 申請者と密接な関係を有する者（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者と密接な関係を有する者を除く。）が、第七十八條の十（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき、ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第七十八條の十（第二号から第五号までを除く。）の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第七十八條の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）又は第七十八條の八の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 前号に規定する期間内に第七十八條の五第二項の規定による事業の廃止の届出又は第七十八條の八の規定による指定の辞退があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）の役員等若しくは当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者又は当該指定の辞退に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由があるものを除く。）の役員等若しくは当該指定の辞退に係る法人でない事業所（当該指定の辞退について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出又は指定の辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以内に住宅サービス等に関する不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

**(別紙②：地域密着型介護予防サービス事業所向け)  
介護保険法第115条の12第2項**

- 一 申請者が市町村の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五條の十四第一項の市町村の条例で定める基準若しくは同項の市町村の条例で定める員数又は同条第五項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに従事する従業者に関する基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五條の十四第二項又は第五項に規定する指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定地域密着型介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な地域密着型介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 当該申請に係る事業所が当該市町村の区域の外にある場合であって、その所在地の市町村長の同意を得ていないとき。
- 四の二 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保護医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づき滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、第百十五條の十九（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日から六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であり、当該通知があった日から六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき、ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の二 申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、第百十五條の十九（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定を除く。）を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日から六十日以内に当該法人の役員等であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であり、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があった日から六十日以内に当該事業所の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき、ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五條の十九（第二号から第五号までを除く。）の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき、ただし、当該指定の取消しが、指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となった事実及び当該事業の発生を防止するための当該指定地域密着型介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定地域密着型介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第百十五條の十九（第二号から第五号までを除く。）の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十五條の十五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 前号に規定する期間内に第百十五條の十五第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日から六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、指定の申請前五年以内に居室サービス等に關し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第六号まで又は前三号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第六号まで又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。
- 十二 申請者（介護予防認知症対応型共同生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号の二から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式7)

当該事業所に勤務する介護支援専門員一覧

フリガナ 氏名	介護支援専門員番号

様式第2号（第3条関係）

様式第2号

変更届出書

年 月 日

秩父別町長 殿

開設者 住所  
 (所在地)  
 氏名  
 (名称及び代表者氏名)

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。

		介護保険事業者番号							
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								
	代表者(開設者)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(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、生年月日及び住所	(変更後)							
	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3号 (第3条関係)

様式第3号

廃止・休止届出書

年 月 日

秩父別町長 様

開設者 住所  
(所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

	介護保険事業者番号							
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 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。



様式第4号 (第3条関係)

様式第4号

再開届出書

年 月 日

秩父別町長 様

住所  
開設者 (所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号
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 事業の再開に係る届出にあっては、従業者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。

# 様式第5号（第4条関係）

様式第5号

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

指定更新申請書

年 月 日

秩父別町長 様

(名称)

申請者

(代表者の職名・氏名)

印

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。

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 氏名	生年月日
	代表者の住所	(郵便番号 - )		
事業所	事業等の種類			
	指定有効期間満了日			
	フリガナ 名称			
	所在地	(郵便番号 - )		
		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 - )		
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	
	住所	(郵便番号 - )		

- 別添 1 誓約書(参考様式4)  
2 介護支援専門員一覧(参考様式5)