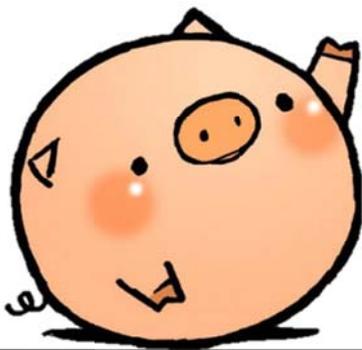


平成28年11月24日(木)

平成28年11月25日(金)

様式集



項目	頁
1 前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 指定申請書	1
2 前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 指定更新申請書	2
3 前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 変更届出書	3
4 前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 廃止・休止届出書	4
5 前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 再開届出書	5
6 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書	6
7 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（訪問型サービス）	7
8 介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（通所型サービス）	8
9 付表 1（訪問型サービス）	9
10 付表 2（通所型サービス）	10
11 付表 2 別紙 1（通所型サービス）	11

受付番号	
------	--

前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 指定申請書

年 月 日

(宛先) 前橋市長

所在地
申請者
名称

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 -) 県 郡市 (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・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 -) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	指定を受ける事業所	フリガナ 名称	-----			
事業所等の所在地		(郵便番号 -) 前橋市				
電話番号		TEL		FAX		
同一所在地において行う事業の種類			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 事業等の指定年月日	様式
指定を受けようとする事業の種類		介護予防・日常生活支援 総合事業	介護予防訪問介護相当サービス			
			訪問型サービスA-1			
			訪問型サービスA-2			
既に指定を受けている事業の種類		指定居宅サービス	訪問介護			
			通所介護			
		地域密着型サービス	地域密着型通所介護			
	指定介護予防サービス		介護予防訪問介護			
		介護予防通所介護				
介護保険事業所番号						
指定を受けている他市町村名						
医療機関コード等						

備考1 「受付番号」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等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等」欄は、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記載してください。
- 「既に指定等を受けている事業等」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（法第71条又は法第72条に基づき指定があったものとみなされたときは、保健医療機関等の指定を受けた年月日、施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定があったものとみなされたものについては、「12.4.1」）を記載してください。
- 保険医療機関、保健薬局、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。

前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 指定更新申請書

年 月 日

前橋市長 様

住所
 (法人の場合は、主たる事務所の所在地)
 申請者
 氏名 印
 (法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)

介護保険法に規定する事業所に係る指定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。

介護保険 事業所番号		指定年月日	平成 年 月 日	指定有効期間 満了日	平成 年 月 日
申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地				
事業所	フリガナ				
	事業所の名称				
	事務所等の所在地				
	事業の種類				

前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 変更届出書

年 月 日

(宛先) 前橋市長

所在地
事業者(住所)
(開設者)名称
(氏名)

印

次のとおり、指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

指定内容を変更した事業所	介護保険事業者番号	1	0						
名称									
所在地									
サービスの種類									
変更のあった事項					変更の内容				
1	事業所の名称(*)				(変更前)				
2	事業所の所在地、電話、FAX(*)								
3	事業者の名称								
4	主たる事務所の所在地、電話、FAX								
5	代表者の氏名及び住所								
6	役員の氏名及び住所				(変更後)				
7	定款、寄付行為等及び条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
8	事業所の建物の構造、専用区画等								
9	事業所の管理者の氏名及び住所								
10	サービス提供責任者及び訪問事業責任者の氏名及び住所								
11	運営規程				(変更の理由等)				
12	定員								
13	その他								
変更年月日	年 月 日								

- 注1 該当項目番号に を付して下さい。
 2 *については、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がある場合は、当該事務所を含みます。
 3 変更内容がわかる書類を添付して下さい。

様式第4号

前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 廃止・休止届出書

年 月 日

(宛先) 前橋市長

所在地
 事業者 (住所)
 名称
 (氏名)

印

次のとおり、事業を廃止(休止)したので届け出ます。

届出を行う事業所		介護保険事業所番号																			
名称																					
所在地																					
サービスの種類																					
廃止・休止の別 (いずれかに)	廃止										休止										
廃止・休止年月日	年 月 日										年 月 日										
休止予定期間 (休止の場合)	年 月 日 ~										年 月 日										
廃止・休止した理由(廃止・休止の場合)																					
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止の場合)																					

様式第5号

前橋市介護予防・生活支援サービス事業所 再開届出書

年 月 日

(宛先) 前橋市長

所在地
 事業者 (住所)
 名称
 (氏名)

印

次のとおり、休止していた事業を再開したので届け出ます。

届出を行う事業所	介護保険事業所番号	1	0	:	:	:	:	:	:	:	:
名称											
所在地											
サービスの種類											
休止予定期間	年	月	日	~	年	月	日				
再開年月日	年	月	日								

注 当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

受付番号

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

平成 年 月 日

(宛先) 前橋市長

所在地
名称
代表者職名氏名 印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	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・氏名	職名		氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所名称						
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市					
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	管理者の氏名						
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市					
届出を行う事業等	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)	
	介護予防訪問介護相当サービス			1新規 2変更 3終了			
	訪問型サービスA-1 ※訪問型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了			
	訪問型サービスA-2 ※訪問型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了			
	介護予防通所介護相当サービス			1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号							
特記事項	変更前			変更後			
関係書類		別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」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」欄は、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、該当する欄に「○」を記入してください。
 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他の	該当	する	体制	等	割引		
各サービス共通				地域区分	1 4	6 9	7 5	2 3 4 5 6 7 8 9			
A1	介護予防訪問介護相当サービス ※訪問型サービス（みなし）			サービス提供責任者体制の減算 特別地域加算 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） 介護職員処遇改善加算	1 1 1 1 1	なし なし 非該当 非該当 なし	2 2 2 2 5	あり あり 該当 該当 加算Ⅰ	2 3 4 3 4	1 なし 2 2 なし	あり あり なし なし あり
A2	介護予防訪問介護相当サービス ※訪問型サービス（独自） （H27.4.1以降指定の事業所）			サービス提供責任者体制の減算 特別地域加算 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） 介護職員処遇改善加算	1 1 1 1 1	なし なし 非該当 非該当 なし	2 2 2 2 5	あり あり 該当 該当 加算Ⅰ	2 3 4 3 4	1 なし 2 2 なし	あり あり なし なし あり
A2	訪問型サービスA-1 ※訪問型サービス（独自）			特別地域加算 中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況） 中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況） 介護職員処遇改善加算	1 1 1 1	なし 非該当 非該当 なし	2 2 2 5	あり 該当 該当 加算Ⅰ	2 3 4 2 3 4	1 なし 2 2 なし	あり なし あり あり なし
A2	訪問型サービスA-2 ※訪問型サービス（独自）			介護職員処遇改善加算	1	なし	5	加算Ⅰ	2 3 4	1 なし 2 2 なし	あり なし あり あり なし

付表1 訪問型サービス事業の指定に係る記載事項

											受付番号	
事業所	フリガナ 名称											
	所在地 (〒 -)											
	電話番号					FAX番号						
当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文											第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ 氏名										住 所 (〒 -)	
	当該事業において兼務する場合の他の職種											
	同一敷地内の他の事業所・施設において兼務する場合										事業所等名称	
											兼務する職種	
(訪問事業責任者)	フリガナ 氏名										住 所 (〒 -)	
	フリガナ 氏名										住 所 (〒 -)	
	フリガナ 氏名										住 所 (〒 -)	
訪問介護員(従事者)等の員数			専従			兼務						
常勤(人)												
非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)												
出張所	フリガナ 名称											
	所在地 (〒 -)											
	電話番号					FAX番号						
主な 掲示 事項	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日		
	営業時間	平日			土曜日			日曜日・祝日		備考		
		~			~			~				
	利用料	法定代理受領分										
		法定代理受領分以外										
	その他の費用											
通常の事業												
の実施地域	備考											
添付書類	別添のとおり											

注1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

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

3 「出張所」欄は、訪問介護事業を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がある場合に記載してください。

付表2 通所型サービス事業の指定に係る記載事項

										受付番号					
事業所	フリガナ														
	名称														
業	所在地	(〒 -)													
	電話番号					FAX番号									
当該事業について定めてある定款・寄附行為等の条文										第	条	第	項	第	号
管理者	フリガナ					住	(〒 -)								
	氏名					所									
	当該事業において兼務する場合の他の職種														
	同一敷地内の他の事業所・施設において兼務する場合	事業所等名称										兼務する職種			
実施単位数		単位	食堂及び機能訓練室の合計面積											m ²	
同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限															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							
(1単位目)		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)															
主な事業	1 利用定員	人													
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日					
	営業時間	平日			土曜日		日曜日・祝日		備考						
		~			~		~		サービス提供時間 ~						
示	利用料	法定代理受領分													
		法定代理受領分以外													
その他の費用															
事項	通常の事業														
	の実施地域	備考													
添付書類	別添のとおり														

注1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

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

3 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、「付表 (別紙1)」に2単位目以降に係る単位別利用定員等の必要事項を記載し添付してください。

付表2 (別紙1) 通所型サービス事業の指定に係る記載事項(複数単位実施する場合)

受付番号

事業所	フリガナ																		
	名称																		
単	2 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								
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務										
	常勤(人)																		
	非常勤(人)																		
位	主な掲示事項																		
	利用定員	人																	
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
	営業時間	平日			土曜日			日曜日・祝日			備考								
目	サービス提供時間																		~
	~																		
	~																		
	~																		
単	3 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								
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務										
	常勤(人)																		
	非常勤(人)																		
位	主な掲示事項																		
	利用定員	人																	
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
	営業時間	平日			土曜日			日曜日・祝日			備考								
目	サービス提供時間																		~
	~																		
	~																		
	~																		
単	4 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								
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務										
	常勤(人)																		
	非常勤(人)																		
位	主な掲示事項																		
	利用定員	人																	
	営業日	日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日									
	営業時間	平日			土曜日			日曜日・祝日			備考								
目	サービス提供時間																		~
	~																		
	~																		
	~																		

注1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

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