様式第４号（第５関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定内容変更届出書

年　　月　　日

二戸地区広域行政事務組合管理者　様

申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり指定を受けた内容を変更したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 介護保険事業者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | 名　称 | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | | | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所（施設）の名称 | | | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所の所在地（開設の場所） | | |
| ３ | 申請者（開設者）の名称 | | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 | | |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 | | |
| ６ | 定款、寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。） | | |
| ７ | 事業所の平面図、設備の概要等 | | |
| ８ | 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | |
| ９ | 運営規程 | | | （変更後） | | | | | | | | | | |
| 10 | 協力医療機関（病院）又は協力歯科医療機関との契約の内容等 | | |
| 11 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携体制及び支援の体制 | | |
| 12 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項 | | |
| 13 | 役員の氏名、生年月日及び住所 | | |
| 14 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | |
| 15 | 本体施設、本体施設との移動経路等 | | |
| 16 | 併設施設の状況等 | | |
| 変更年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考１　該当項目番号に○印を付けてください。

　　２　変更の内容が分かる書類を添付してください。

様式第５号（第５関係）

介護予防・日常生活支援総合事業廃止（休止）（再開）届出書

年　　月　　日

二戸地区広域行政事務組合管理者　様

届出者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり事業を廃止（休止・再開）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 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・再開する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 理由  (廃止・休止する場合のみ) |  | | | | | | | | | |
| 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・休止する場合のみ) |  | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

様式第６号（第６関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定辞退届出書

年　　月　　日

二戸地区広域行政事務組合管理者　様

届出者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定を辞退する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | |
| 指定を受けた年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 指定を辞退する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | |
| 指定を辞退する理由 |  | | | | | | | | | |
| 現に施設に入所している者に対する措置 |  | | | | | | | | | |

様式第７号（第７関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定取消(停止)通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

二戸地区広域行政事務組合管理者　印

　次の理由により、第１号事業者の指定を取り消した（停止した）ので通知します。

１　事業所の名称

２　事業所の所在地

３　代表者の氏名

４　取消し(停止)の理由

５　取消しの日　　　　　　 年　　　月　　　日

　　(停止の期間　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日)

(注)　この処分に不服がある場合は、この決定を知った日の翌日から起算して３か月以内に管理者

　　に対して異議申立てをすることができます。

　　　また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分の通知を受けた日の翌日から

起算して６か月以内に、二戸地区広域行政事務組合を被告として（訴訟において二戸地区広域

行政事務組合を代表する者は管理者になります。）提起することができます。（なお、処分の通

知を受けた日から６か月以内であっても、処分の日から１年を経過すると処分の取消しの訴え

を提起することができなくなります。）ただし、異議申立てをした場合には、この処分の取消し

の訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に提

起しなければなりません。