別紙様式第三号（一）

変更届出書

令和　　年　　月　　日

一関地区広域行政組合管理者　様

所在地

申請者　　名称

代表者職名・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
		法人番号
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（該当に〇）		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、住所及び職名	
	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及び平面図並びに設備の概要	（変更後）
	利用者の推定数、利用者の定員	
	事業所の管理者の氏名、生年月日及び住所	
	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
	運営規程	
	その他	

備考　１　「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。

２　「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の（変更前）と（変更後）欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

別紙様式第三号（二）

再開届出書

年　　月　　日

一関地区広域行政組合管理者　様

所在地

申請者　　名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
	法人番号	
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を添付してください。

別紙様式第三号（三）

廃止・休止届出書

年　　月　　日

一関地区広域行政組合管理者　様

所在地

申請者　　名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので届け出ます。

	介護保険事業所番号
	法人番号
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。

別紙様式第三号（四）

指定介護予防・日常生活支援総合事業事業所

指定申請書

年　　月　　日

一関地区広域行政組合管理者　様

所在地

申請者　名称

代表者職名・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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号				
申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村				
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号		
		Email				
	法人等の種類					
	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　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村				

法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑				□	
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	指定申請対象事業等（該当事業に〇）	既に指定（登録）を受けている事業等（該当事業に〇）	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様 式
	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号（一）
	緩和した基準による訪問型サービス（定率）				
	緩和した基準による訪問型サービス（定額）				
	介護予防通所介護相当サービス				付表第三号（二）
	緩和した基準による通所型サービス（定率）				
	緩和した基準による通所型サービス（定額）				

既に指定（登録）を受けている事業所の種類（該当に〇）	訪問介護		
	基準該当訪問介護		
	通所介護		
	基準該当通所介護		
	地域密着型通所介護		
介護保険事業所番号		（既に指定又は許可を受けている場合）	
指定を受けている他市町村名			
医療機関コード等		（保険医療機関として指定を受けている場合）	

備考

1　「指定申請対象事業等」「既に指定（登録）を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。
2　法人等の種類は、「社会福祉法人（社協以外）」、「社会福祉法人（社協）」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人（NPO）」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体（都道府県）」、「地方公共団体（市町村）」、「地方公共団体（広域連合・一部事務組合等）」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
3　様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
4　指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。
5　「介護予防訪問介護相当サービス」「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。
6　「緩和した基準による訪問型サービス（定率）」「緩和した基準による訪問型サービス（定額）」「緩和した基準による通所型サービス（定率）」「緩和した基準による通所型サービス（定額）」は介護保険法施行規則第140条の63の6第2号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

別紙様式第三号（五）

指定更新申請書

年　　月　　日

一関地区広域行政組合管理者　様

所在地

申請者　名称

代表者職名・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、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号			
申請者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	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　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
事業所	事業等の種類		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　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	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　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
管理者	フリガナ 氏名		生年月日		
	住所	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			

備考　１　「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
　　２　様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
　　３　電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
　　４　「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

付表第三号（一）訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類（該当に○）		介護予防訪問介護相当サービス		緩和した基準による訪問型サービス		定率	
						定額	
事業所	法人番号						
	フリガナ						
	名　称						
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村					
	連絡先	電話番号	（内線）		FAX番号		
		Email					
管理者	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）		
	氏　名						
	生年月日						
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）						
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地					
		兼務先のサービス種別、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		訪問介護員等					
		専　従		兼　務			
	常　勤（人）						
	非常勤（人）						
	常勤換算後の人数（人）						
利用者の推定数（人）							
サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）		
	氏　名						
	フリガナ			住所	（郵便番号　　－　　）		
	氏　名						
添付書類		別添のとおり					

（訪問型サービス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　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	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次頁の記入欄不足時の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従業者も含めて記載してください。
４　「介護予防訪問介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の６第１号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による訪問型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の６第２号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

（参考）訪問型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供責任者

サービス提供責任者 ※介護予防訪問介護相当サービス該当時	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			
	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			
	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			
	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）
	氏　名			

（訪問型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）

■複数事業所

事業所	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都　道　府　県　　市　区　町　村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			

付表第三号（二）通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種類（該当に○）	介護予防通所介護相当サービス		緩和した基準による通所型サービス	定率	
				定額	

事業所	法人番号				
	フリガナ				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	FAX番号	
		Email			
管理者	フリガナ		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	他の事業所、施設等の職務との兼務（兼務の場合のみ記入）	兼務先の名称、所在地			
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等			

○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	㎡	利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位1

○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	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間					
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：	
	土曜日	：	～	：	
	日曜日・祝日	：	～	：	
サービス提供時間		：	～	：	
利用定員		人			

サービス提供単位2

○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	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間					
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：	
	土曜日	：	～	：	
	日曜日・祝日	：	～	：	
サービス提供時間		：	～	：	
利用定員		人			

サービス提供単位3

○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	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								

○設備に関する基準の確認に必要な事項

営業日（該当に○）	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
その他（年末年始休日等）								

営業時間					
曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：	
	土曜日	：	～	：	
	日曜日・祝日	：	～	：	
サービス提供時間		：	～	：	
利用定員		人			

添付書類	別添のとおり

（通所型サービス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　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村			
	連絡先	電話番号	（内線）	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		㎡		利用定員（同時利用）	人

サービス提供単位1

○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
営業時間		:		～		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		:		～		:			
利用定員		人							

サービス提供単位2

○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
営業時間		:		～		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		:		～		:			
利用定員		人							

サービス提供単位3

○設備に関する基準の確認に必要な事項									
営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
		その他（年末年始休日等）							
営業時間		:		～		:			
曜日ごとに異なる場合記入	平日	:		～		:			
	土曜日	:		～		:			
	日曜日・祝日	:		～		:			
サービス提供時間		:		～		:			
利用定員		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次頁の記入欄不足時の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、看護職員又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従業者も含めて記載してください。
5　サービス提供時間は、送迎時間を除きます。
6　「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の６第１号で定める基準に基づき行われるサービスを、「緩和した基準による通所型サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の６第２号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。

（参考）通所型サービス事業所の指定等に係る記載事項記入欄不足時の資料

■サービス提供単位4以降

サービス提供単位4	○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	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）									
	非常勤（人）									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：					
		土曜日	：	～	：					
		日曜日・祝日	：	～	：					
	サービス提供時間		：	～	：					
	利用定員		人							
サービス提供単位5	○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	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	常　勤（人）									
	非常勤（人）									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：					
		土曜日	：	～	：					
		日曜日・祝日	：	～	：					
	サービス提供時間		：	～	：					
	利用定員		人							

（通所型サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合）
■複数事業所又はサービス提供単位4以降

事業所	フリガナ									
	名　称									
	所在地	（郵便番号　　－　　） 都 道 府 県　　市 区 町 村								
	連絡先	電話番号	（内線）		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		㎡	利用定員（同時利用）		人					
サービス提供単位4	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：					
		土曜日	：	～	：					
		日曜日・祝日	：	～	：					
	サービス提供時間		：	～	：					
	利用定員		人							
サービス提供単位5	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日（該当に○）		日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日
			その他（年末年始休日等）							
	営業時間		：	～	：					
	曜日ごとに異なる場合記入	平日	：	～	：					
		土曜日	：	～	：					
		日曜日・祝日	：	～	：					
	サービス提供時間		：	～	：					
	利用定員		人							