

今治市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者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「省令」という。）に規定する介護予防・日常生活支援総合事業の事業者の指定等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(指定の有効期間)

第2条 省令第140条の63の7の規定により市長が定める期間は、指定事業者の指定を受けた日から6年間とする。

(指定事業者の指定基準)

第3条 指定事業者の指定は、当該指定事業者の指定に係る事業所ごとに市長が別に定める指定基準に従って行わなければならない。

2 前項の指定を受けることができる者は、法人とする。

(指定の申請)

第4条 法第115条の45の5第1項の規定による申請は、サービス事業者指定申請書（別記様式第1号）に別表第1に掲げる書類を添えて行うものとする。

(指定事業者の指定)

第5条 市長は、前条の申請があった場合は、事業者の指定の適否を審査し、事業者の指定を行うときはサービス事業者指定通知書（別記様式第2号）により、指定を行わないときはサービス事業者指定申請却下通知書（別記様式第3号）により、当該申請をした者に通知するものとする。

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。

(指定の拒否)

第6条 前条の規定にかかわらず、市長は、指定事業者の指定を行うことにより、今治市介護保険事業計画に定める地域支援事業に係る計画量を超過する場合その他市における地域支援事業の円滑かつ適切な実施に際し支障が生じると認められる場合においては、当該指定事業者の指定をしないことができる。

(変更の届出等)

第7条 指定事業者は、第5条の申請内容に変更があったときは、サービス事業者変更届出書（別記様式第4号）により、事業の廃止、休止又は再開をしようとするときは、サービス事業

者廃止・休止・再開届出書（別記様式第5号）により市長に届け出なければならない。

（指定の辞退）

第8条 指定事業者は、指定を受けた事業について辞退しようとするときは、サービス事業者指定辞退届出書（別記様式第6号）を市長に提出しなければならない。

（指定の更新）

第9条 指定事業者の指定の更新の申請は、サービス事業者指定更新申請書（別記様式第7号）に別表第2の指定更新に係る添付書類一覧に掲げる書類を添えて行うものとする。

2 前項の申請は、指定の有効期間満了日の2月前から10日前までの間に行うものとする。

3 市長は、第1項の申請があった場合において、指定の更新を行うときはサービス事業者指定更新通知書（別記様式第8号）により、指定の更新を行わないときはサービス事業者指定更新申請却下通知書（別記様式第9号）により、当該申請をした者に通知するものとする。

（指定の取消し等）

第10条 市長は、法第115条の45の9の規定により、指定事業者の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定事業者の指定の全部若しくは一部の効力を停止したときは、サービス事業者指定取消（効力停止）通知書（別記様式第10号）により当該指定事業者に通知するものとする。

（事業所情報の提供）

第11条 市長は、第3条から前条までの規定による指定、届出の受理又は指定の更新（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、愛媛県、愛媛県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ものとする。

（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に関する情報

（3） 指定年月日又は指定の更新年月日

（4） 事業の開始、変更、廃止、休止若しくは再開又は指定の辞退若しくは指定の取消年月日

（5） 運営規程

（6） 事業所番号

（委任）

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

（準備行為）

2 指定事業者の指定に関し必要な行為は、この要綱の施行の日前においても行うことができる。

附 則（平成29年9月27日制定今治市要綱）

この要綱は、平成29年10月1日から施行し、改正後の今治市介護予防・日常生活支援事業指定事業者の指定等に関する要綱の規定は、同日以後の申請に係るものについて適用し、同日前の申請に係るものについては、なお従前の例による。

附 則（平成31年3月20日制定今治市要綱）

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

別表第1（第4条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定申請様式等一覧

1 訪問型サービス（第1号訪問事業）

申請様式	添付書類
<p>○サービス事業者指定申請書【別記様式第1号】</p> <p>○訪問型サービス（第1号訪問事業）事業者の指定に係る記載事項【別記様式第1号付表1-1】</p> <p>○訪問型サービス（第1号訪問事業）事業者の指定に係る記載事項（生活支援型）【別記様式第1号付表1-2】</p>	<p>① 指定申請に係る添付書類一覧【別添その1】</p> <p>② 登記事項証明書又は条例等</p> <p>③ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧【参考様式1】</p> <p>④ サービス提供責任者（訪問事業責任者）経歴書【参考様式2】</p> <p>⑤ 有資格従業者の資格証明書の写し及び研修修了証の写し</p> <p>⑥ 事業所の平面図【参考様式3】</p> <p>⑦ 設備・備品等一覧表【参考様式4】</p> <p>⑧ 運営規程</p> <p>⑨ 重要事項説明書</p> <p>⑩ 利用契約書</p> <p>⑪ 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】</p> <p>⑫ 法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面【参考様式6】</p> <p>⑬ 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</p> <p>⑭ 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・通所型サービス）</p> <p>⑮ その他市長が定めるもの</p>

2 通所型サービス（第1号通所事業）

申請様式	添付書類
<p>○サービス事業者指定申請書【別記様式第1号】</p> <p>○通所型サービス（第1号通所事業）事業者の指定に係る記載事項（現行相当）【別記様式第1号付表2-1】</p> <p>○通所型サービス（第1号通所事業）事業者の指定に係る記載事項（ミニデイ型）【別記様式第1号付表2-2】</p> <p>○通所型サービス（第1号通所事業）事業者の指定に係る記載事項（機能向上型）【別記様式第1号付表2-3】</p>	<p>① 指定申請に係る添付書類一覧【別添その2】</p> <p>② 登記事項証明書又は条例等</p> <p>③ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧【参考様式1】</p> <p>④ 有資格従業者の資格証明書の写し及び研修修了証の写し</p> <p>⑤ 事業所の平面図【参考様式3】</p> <p>⑥ 設備・備品等一覧表【参考様式4】</p> <p>⑦ 運営規程</p> <p>⑧ 重要事項説明書</p> <p>⑨ 利用契約書</p> <p>⑩ 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】</p> <p>⑪ 法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面【参考様式6】</p> <p>⑫ 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</p> <p>⑬ 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・通所型サービス）</p> <p>⑭ その他市長が定めるもの</p>

別表第2（第9条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定更新申請様式等一覧

1 訪問型サービス（第1号訪問事業）

申請様式	添付書類
<p>○サービス事業者指定更新申請書【別記様式第7号】</p> <p>○訪問型サービス（第1号訪問事業）事業者の指定に係る記載事項【別記様式第1号付表1-1】</p> <p>○訪問型サービス（第1号訪問事業）事業者指定に係る記載事項（生活支援型）【別記様式第1号付表1-2】</p>	<p>① 指定申請に係る添付書類一覧【別添その3】</p> <p>② 登記事項証明書又は条例等</p> <p>③ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧【参考様式1】</p> <p>④ サービス提供責任者（訪問事業責任者）経歴書【参考様式2】</p> <p>⑤ 有資格従業者の資格証明書の写し及び研修修了証の写し</p> <p>⑥ 法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面【参考様式6】</p> <p>⑦ 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</p> <p>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（訪問型サービス・通所型サービス）</p> <p>⑨ 現に効力のある指定に係る指定通知書の写し</p> <p>⑩ その他市長が定めるもの</p>

2 通所型サービス（第1号通所事業）

申請様式	添付書類
<p>○サービス事業者指定申請書【別記様式第7号】</p> <p>○通所型サービス（第1号通所事業）事業者の指定に係る記載事項（現行相当）【別記様式第1号付表2-1】</p> <p>○通所型サービス（第1号通所事業）事業者の指定に係る記載事項（ミニデイ型）【別記様式第1号付表2-2】</p> <p>○通所型サービス（第1号通所事業）事業者の指定に係る記載事項（機能向上型）【別記様式第1号付表2-3】</p>	<p>① 指定申請に係る添付書類一覧【別添その4】</p> <p>② 登記事項証明書又は条例等</p> <p>③ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧</p> <p>【参考様式1】</p> <p>④ 有資格従業者の資格証明書の写し及び研修修了証の写し</p> <p>⑤ 法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面【参考様式6】</p> <p>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</p> <p>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・通所型サービス）</p> <p>⑧ 現に効力のある指定に係る指定通知書の写し</p> <p>⑨ その他市長が定めるもの</p>

受付番号

サービス事業者指定申請書

年 月 日

(宛先)今治市長

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、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

申請者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー) 県 市			
			(ビルの名称等)			
	連絡先		電話番		FAX番	
	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 ー) 県 市			
	事業所等の所在地		(郵便番号 ー) 県 市			
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 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
訪問型サービス	訪問型サービス (現行相当)					付表 1
	生活支援型訪問サービス					
通所型サービス	通所型サービス (現行相当)					付表 2
	ミニデイ型通所サービス					
	機能向上型通所サービス					
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 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「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。
- 3 「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。
- 4 「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。
- 5 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。

別記様式第1号付表1-1 訪問型サービス（第1号訪問事業）事業者の指定に係る審査事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
E m a i l					
管理者	フリガナ		(郵便番号 -)	生年	
	氏名		住所	月日	
	当該訪問介護事業所等で兼務する他の職種				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設	事業所等の名称	兼務する職種及びその職種に従事する時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種及び員数		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)					
サービス提供者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名		住所	(郵便番号 -)	
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	
	氏名		住所	(郵便番号 -)	
添付書類		別添のとおり			

(訪問型サービス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 -)		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
Email				

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、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又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 出張所等がある場合、所在地等を下段の表に記載してください。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。

別記様式第1号付表1-2 訪問型サービス（第1号訪問事業）事業者の指定に係る審査事項（生活支援型）

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
E m a i l					
管理者	フリガナ		(郵便番号 -)	生年	
	氏名		住所	月日	
	当該訪問介護事業所等で兼務する他の職種				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設	事業所等の名称	兼務する職種及びその職種に従事する時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種及び員数		従 事 者			
		専 従		兼 務	
利用者の推定数 (人)					
訪問 事業 責任者	フリガナ		(郵便番号 -)		
	氏名		住所		
	フリガナ		(郵便番号 -)		
	氏名		住所		
添付書類	別添のとおり				

(訪問型サービス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 -)			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
Email					

- 備考
- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、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又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 出張所等がある場合、所在地等を下段の表に記載してください。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。

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
E m a i l					
管理者	フリガナ		(郵便番号 -)		
	氏名		住所		生年月日
	当該通所介護事業所等で兼務する他の職種				
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設	事業所等の名称	兼務する職種及びその職種に従事する時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
単位別従業者の職種及び員数		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		m ²			
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				

(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 -)			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
E m a i l					
○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		m ²			
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				

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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又は別様に記載した書類を添付してください。
- 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。
- 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で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。従業者の員数については、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。

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
E m a i l						
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)	生年月日	
	氏名					
	当該通所介護事業所等で兼務する他の職種					
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称	兼務する職種及びその職種に従事する時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
単位別従業者の職種及び員数		生活相談員		看護職員		
○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			m ²			
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					

(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 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
E m a i l						
○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			m ²			
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					

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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又は別様に記載した書類を添付してください。
- 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。
- 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で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。従業者の員数については、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。

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
E m a i l						
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		生年月日
	氏名					
	当該通所介護事業所等で兼務する他の職種					
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設		事業所等の名称	兼務する職種及びその職種に従事する時間等		
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
単位別従業者の職種及び員数		介護職員	機能訓練指導員			
○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			m ²			
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					

(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 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
E m a i l						
○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			m ²			
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					

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」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又は別様に記載した書類を添付してください。
- 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。
- 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で一部実施する場合は、下段の表に所在地等を記載してください。従業者の員数については、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。

サービス事業者指定通知書

様

今治市長

年 月 日付の申請については、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第1項の規定により、下記のとおり指定する。

記

申 請 者	
主たる事務所の所在地	
事業者の名称	
所 在 地	
代表者の氏名	
事業所番号	
サービス種類	
指定年月日	
指定の有効期間の満了日	

第 号
年 月 日

サービス事業者指定申請却下通知書

様

今治市長

年 月 日付の申請については、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第2項の規定により、却下する。

却下理由	
------	--

別記様式第4号(第7条関係)

サービス事業者変更届出書

年 月 日

(宛先) 今治市長

所在地
事業者 名称 印
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。

事業所番号														
指定内容を変更した事業所(施設)		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・施設の所在地													
3	申請者の名称													
4	主たる事務所の所在地													
5	代表者の氏名、住所及び職名													
6	登記事項証明書又は条例等													
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等	(変更後)												
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所													
9	運営規程													
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関													
11	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													
12	本体施設、本体施設との移動経路等													
13	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○を付してください。
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

別記様式第5号（第7条関係）

サービス事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先) 今治市長

所在地

事業 名称

代表者氏名

印

次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。

事業所番号										
廃止（休止・再開）する事業所	名称									
	所在地									
サービスの種類										
休止・廃止・再開の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開									
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日									
休止・廃止した理由										
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)										
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つては、施行規則に定める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。

サービス事業者指定辞退届出書

年 月 日

(宛先) 今 治 市 長

所在地
事業者 名称
代表者氏名 印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

事業所番号	
指定を辞退する施設	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	

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

受付番号	
------	--

サービス事業者指定更新申請書

年 月 日

(宛先)今治市長

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 ー)					
		(ビルの名称等)					
	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	生年月日
			氏名				
代表者の住所	(郵便番号 ー)						
	(ビルの名称等)						
事 業 所	フリガナ						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 ー)					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号				FAX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						
所在地	(郵便番号 ー)						
	(ビルの名称等)						
連絡先	電話番号				FAX番号		
事業所番号						指定有効期間満了日	
指定を受けている他市町村名							
事業の種類							

備考 1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

サービス事業者指定更新通知書

様

今治市長

年 月 日付の更新申請については、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第1項の規定により、下記のとおり指定を更新する。

記

事業所の申請者	
主たる事務所の所在地	
事業者の名称	
所在地	
代表者の氏名	
介護保険事業所番号	
サービス種類	
指定更新年月日	
指定の有効期間の満了日	

第 号
年 月 日

サービス事業者指定更新申請却下通知書

様

今治市長

年 月 日付の申請については、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45の5第2項の規定により、却下する。

却下理由	
------	--

サービス事業者指定取消（効力停止）通知書

様

今治市長

年 月 日付第 号で指定したサービス事業者について、介護保険法第115条の45の9の規定により、次のとおり指定の取消（効力の停止）をしましたので通知します。

事業者名	
事業所の所在地	
事業所番号	
サービス種類	
指定取消（効力停止）年月日	
効力停止の期間	
取消（効力停止）の理由	