様式第２号（第７条関係）

石岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定変更届出書

年　　　月　　　日

　石岡市長　宛

所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 指定事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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，生年月日，住所及び職名 | |
| ６ | 定款・寄付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・施設の建物の構造，専用区画等 | |
| ８ | 事業所・施設の管理者の氏名，生年月日，住所及び経歴 | | （変更後) | | | | | | | | | |
| 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 | 第１号事業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登録番号等 | |
| 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○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。

　３　様式第１号及び付表を添付してください。

　４　変更した日から10日以内に届けてください。

様式第３号（第７条関係）

石岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定（廃止・休止・再開）届出書

年　　　月　　　日

　石岡市長　宛

所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　次のとおり事業を指定（廃止・休止・再開）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 指定事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者  に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　廃止，休止又は再開する日の１月前までに届け出てください。

様式第４号（第９条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受付番号 |  |

石岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定更新申請書

年　　月　　日

　石岡市長　宛

所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　年　　月　　日付け第　　号により指定を受けた事業所について，指定を更新したいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | 事業所所在地市町村番号 | | | | ０８２０５７ | |
| 申請者 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　―　　　　) | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | ファクシミリ番号 | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | 法人所轄庁 | | |  | | | | |
| 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　　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| （ビルの名称等) | | | | | | | | | | |
| 事業所 | フリガナ  名称 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　―　　　　） | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | ファクシミリ番号 | | |  |
| 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　　　―　　　　) | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | | ファクシミリ番号 | | |  |
| 現に受けている指定の  有効期間 | | | | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 役員の氏名，生年月日及び住所 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 誓約書 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |

備考　「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。

様式第５号（第12条関係）

　　　　　　指定第１号通所事業所における宿泊サービスの開始（変更・休止・廃止）届出書

　　年　　月　　日

石岡市長　宛

法人所在地

名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本  情報 | 事業所  情報 | フリガナ |  | | | | | | | 事業所番号 | |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | 連絡先 | | － －  （緊急時）  － － | | | | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | | | |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊サービスの開始･廃止･休止予定年月日  （既に開始している場合はその年月日） | | | 平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宿泊サービス | 利用定員 | 人 | | 提供日 | | | 月 | 火 | | 水 | | 木 | | | 金 | 土 | | | 日 |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  |
| 提供時間 | :  ～  : | | その他年間の休日 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| １泊当たりの利用料金 | 宿泊 | | | 夕食 | | | | | | | | 朝食 | | | | | | |
| 円 | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 人員  関係 | 人員 | 宿泊サービスの提供時間帯を通じて配置する職員数 | 人 | | 時間帯での増員（※２） | | | 夕食介助 | | :　　～　　: | | | | | | | | | 人 | |
| 朝食介助 | | :　　～　　: | | | | | | | | | 人 | |
| 配置する職員の保有資格等 | 看護職員 ・ 介護福祉士 ・ 左記以外の介護職員 ・ その他有資格者（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 設備  関係 | 宿泊室 | 個　室 | 合　計 | 床面積（※３） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (　　　室) | (　　　㎡) | | | (　　　㎡) | | | (　　　㎡) | | | | | (　　　㎡) | | | (　　㎡) | | |
| (　　　㎡) | | | (　　　㎡) | | | (　　　㎡) | | | | | (　　　㎡) | | |  | | |
| 個室以外 | 合　計 | 場　所  （※４） | | | 利用定員 | | | 床面積  （※３） | | | | | プライバシー確保の方法  （※５） | | | | | |
| (　　　室） | (　　　　) | | | (　　　人) | | | (　　　㎡) | | | | |  | | | | | |
| (　　　　) | | | (　　　人) | | | (　　　㎡) | | | | |  | | | | | |
| (　　　　) | | | (　　　人) | | | (　　　㎡) | | | | |  | | | | | |
| (　　　　) | | | (　　　人) | | | (　　　㎡) | | | | |  | | | | | |
| (　　　　) | | | (　　　人) | | | (　　　㎡) | | | | |  | | | | | |
| 消防  設備 | 消火器 | 有　・　無 | | | | スプリンクラー設備 | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | |
| 自動火災  報知設備 | 有　・　無 | | | | 消防機関へ通報する  火災報知設備 | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | |

※１　事業開始前に届け出ること。なお，変更の場合は変更箇所のみ記載すること

※２　時間帯での増員を行っていない場合は記載は不要

※３　小数点第２位まで（小数点第３位以下を切り捨て）記載すること

※４　指定通所介護事業所の設備としての用途を記載すること（機能訓練室，静養室等）

※５　プライバシーを確保する方法を記載すること（衝立，家具，パーテーション等）