

様式第1号（第2条関係）

（表面）

受付番号

指定地域密着型サービス事業所  
 指定居宅介護支援事業所  
 指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定申請書  
 指定介護予防支援事業所

年 月 日

沖縄市長 様

所在地

申請者

名 称

㊞

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号

申 請 者	フリガナ 名 称						
	主たる事業所の所在地		(郵便番号 — ) (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	FAX 番号				
	法人の種類	法人所轄庁					
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 — )					
	事業所等の所在地	(郵便番号 — )					
	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 ている事業の 指定年月日	様式
地 域 密 着 型 サ ー ビ ス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護						
	夜間対応型訪問介護						
	地域密着型通所介護						
	認知症対応型通所介護						
	小規模多機能型居宅介護						
	認知症対応型共同生活介護						
	地域密着型特定施設入居者生活介護						
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護						
	看護小規模多機能型居宅介護						
	居宅介護支援事業						
サ ー ビ ス 防 御 型	介護予防認知症対応型通所介護						
	介護予防小規模多機能型居宅介護						
	介護予防認知症対応型共同生活介護						
介護予防支援事業							
介護保険事業所番号				(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							

※ 裏面参照

(裏面)

- 備考1 「受付番号」「事業所所在市番号」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、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、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。
  - 5 「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。
  - 6 「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。
  - 7 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、その全てを記載してください。
  - 8 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。

様式第5号（第5条関係）

受付番号	
------	--

指定地域密着型サービス事業所  
 指定居宅介護支援事業所  
 指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書  
 指定介護予防支援事業所

年 月 日

沖縄市長 様

所在地  
 申請者 名称 ㊟

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、次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 - ) (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		生年月日	
			氏名			
代表者の住所	(郵便番号 - )					
事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	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 - )					
連絡先	電話番号		FAX 番号			
現に受けている指定の有効期間満了日						
誓約書			別添のとおり			

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。
- 別添資料については、指定申請時の様式を参照してください。

様式第3号（第4条関係）

変更届出書

年 月 日

沖縄市長様

事業者  
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ましたので届け出ます。

サービスの種類		変更があった事項	変更の内容
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（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及び住所		(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	本体施設、本体施設との移動経路等		
13	併設施設の状況等		
14	その他		
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。

様式第4号（第4条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

沖 縄 市 長 様

所在地

事業者 名 称

Ⓔ

代表者氏名

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。

	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													
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													
現にサービス又は介護予防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、厚生労働省令に定める当該事業に係る従業員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。