

掛川市規則第 3 5 号

掛川市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに制定する。

令和 7 年 1 2 月 2 4 日

掛川市長

(別紙)

掛川市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則の一部を改正する規則

掛川市指定地域密着型サービス事業者等の指定等に関する規則（平成21年掛川市規則第22号）の一部を次のように改正する。

様式第1号から様式第5号までを次のように改める。

様式第1号（第3条関係）（その1）

指 定 申 請 書

年 月 日

（あて先）掛川市長

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 市区 府県 町村											
	連絡先		電話番号		(内線)				FAX番号					
			E m a i l											
	法人等の種類													
	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 -) 都道 市区 府県 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 <input checked="" type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>		
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 別	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に <input checked="" type="checkbox"/>		指定申請対象事業（該当事業に○）	既に指定を受けている事業（該当事業に○）	指定申請をする事業の開始予定年月日	様 式						
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護		/										
		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		/										
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護		/										
		複合型サービス		/										
		地域密着型通所介護		<input type="checkbox"/>										
	居宅介護支援事業		/											
	介護予防支援事業		/											
	予 防 地 域 密 着 型 サービス 介護	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		/												
介護保険事業所番号			(既に指定又は許可を受けている場合)											
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（省略）

様式第1号（第3条関係）（その2）

指 定 申 請 書

年 月 日

（あて先）掛川市長

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					
		E m a i l										
	法人等の種類											
	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 -) 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 <input checked="" type="checkbox"/>											<input type="checkbox"/>	
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○）	既に指定（登録）を受けている事業等（該当事業に○）	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											
	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											
	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○）	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（省略）

様式第2号（第4条関係）（その1）

変 更 届 出 書

年 月 日

（あて先）掛川市長

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○）		変更の内容	
	事業所（施設）の名称	（変更前）	
	事業所（施設）の所在地		
	申請者の名称		
	主たる事務所の所在地		
	法人等の種類		
	代表者（開設者）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（施設）の建物の構造、専用区画等	（変更後）	
	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
	運営規程		
	協力医療機関・協力歯科医療機関		
	事業所の種別		
	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制		
	本体施設、本体施設との移動経路等		
	併設施設の状況等		
	連携する訪問看護を行う事業所の名称		
	連携する訪問看護を行う事業所の所在地		
	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

備考（省略）

様式第2号（第4条関係）（その2）

変 更 届 出 書

年 月 日

（あて先）掛川市長

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○）		
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

- 「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。
- 「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分かるように入力してください。

再 開 届 出 書

年 月 日

（あて先）掛川市長

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つては、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。

廃止・休止届出書

年 月 日

（あて先）掛川市長

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		
現にサービス又は支援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。

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

（あて先）掛川市長

所在地

申請者 名 称

代表者職名・氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
	法人番号	
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		

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。

指 定 更 新 申 請 書

年 月 日

（あて先）掛川市長

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 市区 府県 町村					
	連 絡 先	電話番号	(内線)		FAX 番号		
		E m a i l					
	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 -) 都道 市区 府県 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 市区 府県 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 市区 府県 町村					
	管 理 者	フリガナ 氏 名				生年月日	
住 所		(郵便番号 -) 都道 市区 府県 町村					

備考（省略）

附 則

この規則は、公布の日から施行する。