様式第７号（第８条関係）

宇多津町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書

年　　月　　日

（宛先）宇多津町長

届出者　主たる事務所の所在地

　 名　称

代表者の氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、宇多津町介護予防・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第８条第１項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 介護保険事業所番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | | | | 名 称 | |  |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  |  | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項（変更があった事項に係る番号を○で囲む。） | | | | | |  | 変更の内容 | | | | | | | | | | |
| 1 | 申請者（法人等）の名称 | | | | |  | （変更前） | | | | | | | | | | |
| 2 | 申請者の主たる事務所の所在地 | | | | |  |
| 3 | 代表者の氏名、住所及び職名 | | | | |  |
| 4 | 指定を受けている事業所の名称 | | | | |  |
| 5 | 指定を受けている事業所の所在地 | | | | |  |
| 6 | 定款・寄附行為等及びその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。） | | | | |  |
| （変更後） | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所の建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 | | | | |  |
| 8 | 事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | | | | |  |
| ９ | サービス提供責任者及び訪問事業責任者の氏名、生年月日及び住所 | | | | |  |
| 10 | 運営規程 | | | | |  |
| 11 | 第１号事業支給費の請求に関する事項 | | | | |  |
| 12 | 役員の氏名及び住所 | | | | |  |
| 13 | 同一所在地内で行う事業に関する事項 | | | | |  |
| 14 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との  契約内容【第１号通所事業のみ】 | | | | |  |
| 15 | 利用定員【第１号通所事業のみ】 | | | | |  |
| 変更年月日 | | | | | |  | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

　　注: 変更内容がわかる書類を添付してください。

様式第８号（第８条関係）

宇多津町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

年　　月　　日

（宛先）宇多津町長

届出者　所在地

　名　称

代表者の氏名

次のとおり事業を廃止（休止）するので、宇多津町介護予防・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第８条第２項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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  （いずれかを○で囲む。） | 廃止　　　・　　　休止 | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する  年月日 |  | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間  （休止する場合のみ記入） |  | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 現にサービス等を受けていた者に対する措置  （具体的に記入してください。） |  | | | | | | | | | | | |

備考　廃止又は休止の１月前までに提出してください。

様式第９号（第８条関係）

宇多津町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

年　　月　　日

（宛先）宇多津町長

届出者　所在地

　　名　称

代表者の氏名

次のとおり事業を再開したので、宇多津町介護予防・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第８条第３項の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | | | | | | | | | | | |
| 再開した理由 |  | | | | | | | | | | | |

備考

１　再開する事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

２　再開から１０日以内に提出してください。

様式第10号様式（第９条関係）

宇多津町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定取消し・停止通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　様

宇多津町長

　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　号で決定した宇多津町介護予防・日常

生活支援総合事業指定事業者の指定について、介護保険法第115条の45の９の規定に

より、取消し（停止）したので、宇多津町介護予防・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第９条の規定により下記のとおり通知します。

記

　１　事業所の名称

　２　事業所の所在地

　３　指定取消し（停止）事業所に係る事業者の名称

４　代表者の氏名

　５　指定取消し（停止）の理由

　６　取消し（停止）の日

　７　停止の期間（停止の場合のみ）

（教示）

　 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算

して３か月以内に、宇多津町長に対して審査請求をすることができます。

また、この決定の取消しの訴えは、この決定があったことを知った日(審査請求をした

場合には、これに対する裁決があったことを知った日)の翌日から起算して６か月以内に、

宇多津町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)提起することが

できます。

ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求した場合には、その審査請求

に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、正当な理由がある

ときを除き、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなりま

す。