

長岡市指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者の指定等に関する規則（平成30年長岡市規則第10号）新旧対照表

改正後（案）	現行
<p>第1条・第2条（略） （変更の届出等）</p> <p>第3条（略）</p> <p>2 施行規則第133条第2項及び第3項の規定による指定居宅介護支援事業者 _____ 及び施行規則第140条の37第2項及び第3項の規定による指定介護予防支援事業者の事業の _____ 再開に係る届出は、<u>別記第2号の2様式により行うものとし、廃止及び休止に係る届出は、別記第3号様式により行うものとする。</u></p> <p>第4条～第8条（略）</p>	<p>第1条・第2条（略） （変更の届出等）</p> <p>第3条（略）</p> <p>2 施行規則第133条第2項及び第3項の規定による指定居宅介護支援事業者の事業の <u>廃止、休止又は再開に係る届出</u> 及び施行規則第140条の37第2項及び第3項の規定による指定介護予防支援事業者の事業の <u>廃止、休止又は再開に係る届出は、別記第3号様式により行うものとする。</u></p> <p>第4条～第8条（略）</p>

改正後（案）

別記第1号様式（第2条関係）

別記第1号様式(第2条関係)

指定居宅介護支援事業所  
指定介護予防支援事業所

指定申請書

年 月 日

長岡市長 様

名称

申請者

代表者の職名・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。

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 郡 府 県 区				
	連絡先		電話番号	FAX番号			
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ氏名			
	代表者の住所		(郵便番号 — ) 都 道 市 郡 府 県 区				
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(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					付表1
		認知症対応型通所介護					付表2
		小規模多機能型居宅介護					付表3
		認知症対応型共同生活介護					付表4
		地域密着型特定施設入居者生活介護					付表5
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					付表6
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護					付表7
		複合型サービス					付表8
		地域密着型通所介護					付表9
	居宅介護支援事業					付表10	
	介護予防支援事業					付表11	
	サ イ バ ン ク サ ー ビ ス 型	介護予防認知症対応型通所介護					付表2
		介護予防小規模多機能型居宅介護					付表3
介護予防認知症対応型共同生活介護					付表4		
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 1 「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。  
2 保険医療機関、保険薬局、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。

現行

別記第1号様式（第2条関係）

別記第1号様式(第2条関係)

長岡市 指定居宅介護支援事業者 指定申請書  
指定介護予防支援事業者

年 月 日

長岡市長 様

住 所  
氏 名  
申請者 (法人にあっては、  
名称及び代表者の職・氏名)

介護保険法に規定する事業者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。

記

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 郡 府 県 区	
	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		職名	(フリガナ)氏名
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類 ・ 概 要	代表者の住所		(郵便番号 — ) 都 道 市 郡 府 県 区	
	事業所(施設)の名称		(フリガナ)	
	事業所の所在地(施設の開設の場所)		(郵便番号 — )	
	連絡先		担当者	電話番号
			Eメールアドレス	FAX番号
	指定を受けようとする事業所の種類		実施事業	当該指定に係る事業の開始の予定年月日
	居宅介護支援			様式
	介護予防支援			

備考1 「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。

2 「法人所轄庁」欄は、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。

3 「実施事業」欄は、今回申請するものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

4 「当該指定に係る事業の開始の予定年月日」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。

5 申請する事業等に係る記載事項として、付表1又は付表2を提出してください。

6 その他必要な添付書類と合わせて提出してください。(申請提出書類一覧のとおり)

第2号様式（第3条関係）

第2号様式（第3条関係）

変更届出書

年 月 日

長岡市長 様

所在地  
事業者 名称  
代表者の職名・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																				
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																				
代表者（開設者）の氏名、生年月日及び住所																				
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																				
事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)																			
運営規程																				
協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関																				
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																				
本体施設、本体施設との移動経路等																				
併設施設の状況等																				
介護支援専門員の氏名及びその登録番号																				

備考 変更内容が分かる書類を添付してください。

第2号様式（第3条関係）

第2号様式（第3条関係）

提出担当者	連絡先	TEL
	氏名	FAX

長岡市 指定居宅介護支援事業者  
指定介護予防支援事業者 変更届出書

年 月 日

長岡市長 様

届出者 住所  
氏名  
法人にあっては、  
名称及び代表者の職・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																				
届出に係る事業所（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	事業所の名称	(変更前)																		
2	事業所の所在地																			
3	申請者（開設者）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（代表者の交代を含む。）																			
6	登記事項証明書又は条例等（当該事業に関する部分に限る。）	(変更後)																		
7	事業所（建物）の平面図																			
8	管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴（管理者の交代を含む。）																			
9	運営規程																			
10	介護支援専門員の氏名及び登録番号（介護支援専門員の交代及び増減を含む。）																			
変更年月日		年 月 日																		

- 注1 変更事項の該当する番号を○で囲むこと。
- 注2 「変更の内容」欄に変更前及び変更後の内容について記入したうえで、変更内容がわかる書類を添付すること。（添付書類が不要の場合は当該届出書のみ提出）
- 注3 変更が生じた日から10日以内に提出すること。

第2号の2様式（第3条関係）

（新設）

第2号の2様式（第3条関係）

再開届出書

年 月 日

長岡市長 様

所在地  
事業者 名称  
代表者の職名・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											
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っては、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。

第3号様式（第3条関係）

第3号様式(第3条関係)

廃止・休止届出書

年 月 日

長岡市長 様

所在地  
事業者 名称  
代表者の職名・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																
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。

第3号様式（第3条関係）

第3号様式(第3条関係)

長岡市 指定居宅介護支援事業者 事業廃止・休止・再開届出書  
指定介護予防支援事業者

年 月 日

長岡市長 様

住所  
届出者 氏 名 ⑧  
〔法人にあっては、  
名称及び代表者の職・氏名〕

次のとおり事業の廃止（休止）をしたいので、届け出ます。  
次のとおり事業の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																	
現に居宅介護支援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っては、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。

第4号様式（第4条関係）

第4号様式(第4条関係)

指定居宅介護支援事業所  
指定介護予防支援事業所

指定更新申請書

年 月 日

長岡市長 様

名称

申請者

代表者の職名・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。

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	市郡区					
	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 氏名	生年月日				
	代表者の住所	(郵便番号 — ) 都道府県	市郡区					
	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 — ) 都道府県	市郡区					
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 — ) 都道府県	市郡区					
管理者	フリガナ 名称	生年月日						
	住所	(郵便番号 — ) 都道府県	市郡区					

- 別添 1 誓約書  
2 介護支援専門員一覧

第4号様式（第4条関係）

第4号様式(第4条関係)

長岡市 指定居宅介護支援事業者 指定更新申請書  
指定介護予防支援事業者

年 月 日

長岡市長 様

申請者 住所氏名  
〔法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名〕

㊟

介護保険法に規定する事業者に係る指定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。

記

申請者	(フリガナ) 名称							
	(フリガナ) 主たる事務所の所在地	(郵便番号 — ) 都道府県	市郡区					
	連絡先	電話番号	FAX番号	法人所轄庁 (フリガナ)				
	代表者の職・氏名	職名	氏名	生年月日		年 月 日		
事業所の種類・概要	(フリガナ) 代表者の住所	(郵便番号 — ) 都道府県	市郡区					
	(フリガナ) 事業所(施設)の名称							
	(フリガナ) 事業所の所在地 (施設の開設の場所)	(郵便番号 — ) 都道府県	市郡区					
	連絡先	担当者	電話番号	FAX番号	Eメールアドレス			
	指定年月日			年 月 日				
	介護保険事業所番号							
	指定更新を受けようとする事業所の種類	実施事業	現に受けている指定の有効満了日	様式				
居宅介護支援								
介護予防支援								

- 備考1 「法人の種類」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。  
2 「法人所轄庁」欄は、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。  
3 申請する事業等に係る記載事項として、付表1又は付表2を提出してください。  
4 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。

