

基準該当介護予防支援事業者登録申請書

年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合

管 理 者 様

住 所  
申請者 名 称  
代表者 印

基準該当介護予防支援を行う事業者として登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|                           |      |        |
|---------------------------|------|--------|
| 申請者                       | フリガナ |        |
|                           | 名 称  |        |
|                           | 住 所  | (〒 - ) |
| 登録を<br>受けよう<br>とする<br>事業所 | フリガナ |        |
|                           | 名 称  |        |
|                           | 所在地  | (〒 - ) |
|                           | 連絡先  | 電話番号   |
| FAX 番号                    |      |        |
| 指定事業所番号                   |      |        |
| 登録申請に係る事業開始<br>予定年月日      |      |        |

(備考)

1. 申請に際しては、基準該当介護予防支援の提供について規定された運営規程を添付してください。
2. (様式第5号) 特例介護予防サービス計画費代理受領申出書を添付してください。
3. 市町村が発行した「介護予防支援事業所指定通知書」の写しを添付してください。

基準該当介護予防支援登録事項変更届出書

年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合

管 理 者 様

住 所  
届出者 名 称  
代表者 印

次のとおり登録した事項を変更しましたので届出します。

|                     |         |                  |
|---------------------|---------|------------------|
| 事業所番号（介護予防支援事業所）    |         |                  |
| 登録番号（基準該当介護予防支援事業所） |         |                  |
| 登録内容を変更した<br>事業所    | 名 称     |                  |
|                     | 所在地     | (〒      -      ) |
| 変更があった事項            |         | 変更の内容            |
| 1                   | 事業者の名称  | (変更前)            |
| 2                   | 事業者の住所  |                  |
| 3                   | 代表者の氏名  |                  |
| 4                   | 事業所の名称  | (変更後)            |
| 5                   | 事業所の所在地 |                  |
| 6                   | その他     |                  |
| 変更年月日               |         | 年 月 日            |

(備考)

1. 該当番号に○印をつけてください。
2. 指定介護予防支援事業者の指定を行った市町村が上記変更に係る変更届出書を受理したことを確認できる書類の写しを添付してください。

基準該当介護予防支援事業廃止・休止・再開届出書

年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合

管 理 者 様

住 所

届出者 名 称

代表者

印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届出します。

|                                    |     |                                  |
|------------------------------------|-----|----------------------------------|
| 事業所番号（介護予防支援事業所）                   |     |                                  |
| 登録番号（基準該当介護予防支援事業所）                |     |                                  |
| 廃止・休止・再開<br>する事業所                  | 名 称 |                                  |
|                                    | 所在地 | ( 〒      -      )                |
| 廃止・休止・再開の別                         |     | 廃 止   ・   休 止   ・   再 開          |
| 廃止・休止・再開した年月日                      |     | 年      月      日                  |
| 廃止・休止・再開した理由                       |     |                                  |
| 現に介護予防支援を受けていた者に対する措置（廃止・休止した場合のみ） |     |                                  |
| 休止予定期間                             |     | 年      月      日～ 年      月      日 |

\* 指定介護予防支援事業者の指定を行った市町村が、上記廃止、休止又は再開に係る届出書を受理したことを確認できる書類を添付してください。

様式第5号（第5条関係）

特例介護予防サービス計画費代理受領申出書

年 月 日

大曲仙北広域市町村圏組合

管 理 者 様

住 所

申出者 名 称

代表者

印

介護保険法第59条の第1項第1号の規定による特例介護予防サービス計画費について、代理受領の取扱いをうけたいので、次のとおり申し出ます。

|   |        |       |                  |
|---|--------|-------|------------------|
| 代理受領<br>の取扱い<br>を受けよ<br>うとする<br>基準該当<br>介護予防<br>支援事業<br>所 | 名称     |       |                  |
|   | 代表者の氏名 |       |                  |
|   | 所在地    |       | (〒      -      ) |
|   | 連絡先    | 電話番号  |                  |
|   |        | FAX番号 |                  |
| 事業所番号<br>(介護予防支援事業所)                                      |        |       |                  |

様式第6号（第5条関係）

特例介護予防サービス計画費代理受領に係る委任状

年 月 日

|       |        |        |
|-------|--------|--------|
| 代理事業者 | 名称     |        |
|       | 代表者の氏名 |        |
|       | 住所     | (〒 - ) |

特例介護予防サービス費の受領について上記事業者委任します。

|     |      |             |
|-----|------|-------------|
| 委任者 | 氏名   | 印           |
|     | 住所   | (〒 - )      |
|     | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
|     | 電話番号 |             |