

【智頭町通所介護相当サービス】 申請書類等の提出方法について

1 事業所による申請方法等（提出書類）

【町内事業所】

(1) 平成27年3月31日までに介護予防通所介護の指定を受け、第1号通所事業の指定を受けているとみなされた事業所（みなし事業所）

→加算の届出が必要です。以下の書類を提出してください。

①智頭町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（智頭町訪問介護相当サービス・智頭町通所介護相当サービス）指定申請書兼みなし第1号通所事業者の智頭町通所介護相当サービス開始届出書

②（付表2）智頭町通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

③介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（智頭町訪問介護相当サービス・智頭町通所介護相当サービス）

④加算体制チェック表（該当の加算を算定する場合）

(2) 介護予防通所介護と併せて同時に指定を受ける事業所

→指定申請が必要です。以下の書類を提出してください。

①智頭町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（智頭町訪問介護相当サービス・智頭町通所介護相当サービス）指定申請書兼みなし第1号通所事業者の智頭町通所介護相当サービス開始届出書

②（付表2）智頭町通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

③添付書類（別紙「別添（付表2関係）指定申請に係る添付書類一覧」のとおり）

(3) 介護予防通所介護の指定を既に受けている事業所（みなし事業所以外）

→指定申請が必要です。（2）と同じ書類を提出してください。

【町外事業所】

(4) 平成27年3月31日までに介護予防通所介護の指定を受け、第1号通所事業の指定を受けているとみなされた事業所（みなし事業所）

→加算の届出が必要です。（1）と同じ書類を提出してください。

(5) 介護予防通所介護の指定を既に受けている事業所（みなし事業所以外）

→指定申請が必要です。（2）と同じ書類を提出してください。

2 提出先

〒689-1402

鳥取県八頭郡智頭町智頭1875番地

智頭町福祉課 介護保険係

電話 0858-75-4102

上記宛て提出してください。

3 届出時期

(1) (4) の届出書については、平成29年3月15日（水）まで、

(2) (3) (5) の指定申請については、事業開始予定日の1か月前までに申請を行って下さい。

【智頭町訪問介護相当サービス】 申請書類等の提出方法について

1 事業所による申請方法等（提出書類）

【町内事業所】

(1) 平成27年3月31日までに介護予防訪問介護の指定を受け、第1号通所事業の指定を受けているとみなされた事業所（みなし事業所）

→申請等は不要です。

(2) 介護予防通所介護と併せて同時に指定を受ける事業所

→指定申請が必要です。以下の書類を提出してください。

①智頭町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者（智頭町訪問介護相当サービス・智頭町通所介護相当サービス）指定申請書兼みなし第1号通所事業者の智頭町通所介護相当サービス開始届出書

②（付表1）智頭町訪問介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

③添付書類（別紙「別添（付表1関係）指定申請に係る添付書類一覧」のとおり）

(3) 介護予防通所介護の指定を既に受けている事業所（みなし事業所以外）

→指定申請が必要です。（2）と同じ書類を提出してください。

【町外事業所】

(4) 平成27年3月31日までに介護予防通所介護の指定を受け、第1号通所事業の指定を受けているとみなされた事業所（みなし事業所）

→申請等は不要です。

(5) 介護予防通所介護の指定を既に受けている事業所（みなし事業所以外）

→指定申請が必要です。（2）と同じ書類を提出してください。

2 提出先

〒689-1402

鳥取県八頭郡智頭町智頭1875番地

智頭町福祉課 介護保険係

電話 0858-75-4112

上記宛て提出してください。

3 届出時期

(1) (4) の届出書については、平成29年3月15日（水）まで、

(2) (3) (5) の指定申請については、事業開始予定日の1か月前までに申請を行って下さい。

智頭町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者
 （智頭町訪問介護相当サービス・智頭町通所介護相当サービス）指定申請書
 兼みなし第1号通所事業者の智頭町通所介護相当サービス開始届出書

年 月 日

智頭町長 様

申請者 法人名 所在地
 職・氏名

㊞

介護保険法に規定する第1号事業者（智頭町訪問介護相当サービス・智頭町通所介護相当サービス）の指定を受けたい（サービスを開始したい）ので、次のとおり関係書類を添えて申請（届出）します。

申請 (届出) 者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(〒 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種類			法人の所轄庁		
	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	(〒 -)					

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(〒 -)				
連絡先	電話番号			FAX番号		

同一所在地内で行う事業の種類	実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日
	介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業 智頭町訪問介護相当サービス		
	智頭町通所介護相当サービス		

同一所在地内で行う事業の種類	実施事業	事業開始予定年月日	指定年月日	
	居宅サービス事業・地域密着型サービス事業・介護予防サービス事業	訪問介護		
		通所介護		
		地域密着型通所介護		
		介護予防訪問介護		
介護予防通所介護				
介護保険事業所番号	(既に指定を受けている場合のみ記入してください。)			
指定を受けている市町村名				

- (注意) 1 「法人の種類」欄は、申請（届出）者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入してください。
 2 「法人の所轄庁」欄は、当該法人に法人格を付与した行政庁（大臣、都道府県知事等）がある場合には、その名称を記入してください。
 3 「実施事業」欄は、今回申請（届出）するものに「㊞」と、既に指定を受けているものに「○」と、指定があったものとみなされたものに「みなし」と記入してください。なお、都道府県知事又は他市町村長に指定の申請をしている事業については「申請中」と記入してください。
 4 「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入してください。
 5 「指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者等として指定された年月日を記入してください。
 6 町内で指定を受けている事業所の事業所情報については、智頭町訪問介護相当サービスは（介護予防）訪問介護、智頭町通所介護相当サービスは（介護予防）通所介護又は地域密着型通所介護の内容と同じとします。