

# 各種届出及び指定更新申請について



**変更届**



**体制届**



**廃止・休止・再開届**



**指定更新申請**



**協力医療機関に関する届出**

## ● 提出方法

原則メールまたは電子申請届出システムによる提出

## ● 押印、原本証明等は不要

## 様式・添付書類

- 届出様式・添付書類は市ホームページに掲載しています。
- 必要書類を御確認の上、届出をお願いします。

ホーム > 健康・福祉 > 福祉 >  
高齢者福祉 > 事業所向け情報

| 事業者向け情報             |  |
|---------------------|--|
| 地域密着型サービス事業所        |  |
| ●                   | 指定<br>変更・廃止・休止等届出<br>介護報酬・加算<br>協力医療機関に関する届出<br>外部評価<br>募集 |
| 介護予防・生活支援サービス事業所    |  |
| ●                   | 総合事業<br>指定<br>変更・廃止・休止等届出<br>介護報酬・加算                       |
| 居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所 |  |
| ●                   | 指定<br>変更・廃止・休止等届出<br>介護報酬・加算                               |

麥更履

### 提出が必要な場合

- ## ● 指定を受けた内容に変更がある場合

### 提出時期

- ## ● 変更日から10日以内

体制届

### 提出が必要な場合

- 新たに加算等を算定しようとする場合
  - 加算等の区分を変更しようとする場合
  - 加算等の要件を満たさなくなつた場合

## 提出時期

# 新たに加算等を算定または加算等の区分を変更する場合

届出時期によって算定開始時期が異なりますので、ご注意ください。

## ● 訪問・通所・多機能系サービス

毎月15日までに届出 → 翌月から算定開始

毎月16日以降に届出 → 翌々月から算定開始

## ● 居住系・施設系サービス

届出が受理された月の翌月から算定開始

(届出が受理された日が月の初日である場合はその月から算定開始)

## 提出時期

# 加算の要件を満たさなくなった場合

- 加算の要件を満たさなくなった時点で、速やかに届出を行うことが必要です。

## 必要書類

- 納付費算定に係る体制等に関する届出書
- 納付費算定に係る体制等状況一覧表
- その他の添付書類（加算等の内容により異なります。）

# 廃止・休止・再開届

## 提出が必要な場合

- ## ● 事業を廃止・休止・再開する場合

### 提出時期

- 事業を廃止・休止・再開する日の1か月前まで

別紙様式第二号(三)

廃止・休止届出書

年　月　日

鹿児島市長　殿

所在地

申請者　名称

代表者種名・氏名

次のとおり事業を廃止(休止)するので届け出ます。

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| 廃止(休止)する事業所             | 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               |             |
| 園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ヶ月前までに届け出でください。

## 指定更新申請

### 提出が必要な場合

- ## ● 指定有効期間以降において も事業を継続する場合

提出時期

- 指定有効期間満了日の  
1か月前まで

別添請求書二(二)

当該登録事務所登記サービス事業者  
登記代理店登記区分登記サービス事業者  
登記代理店登記区分登記事業者  
登記代理店登記区分登記事業者

登記登録申請書

年 月 日

実業界別

所在地

申請者名

代表者姓名・氏名

会員登録店に規定する事務所に係る規定の更新を受けたので、下記のとおり、関係情報を添えて申請します。

| 法人登録  |                               |                    |      |
|---|-------------------------------|--------------------|------|
| ■ フラガナ<br>名前                                |                               |                    |      |
| ■ おもな事務所の<br>所在地                            | (登記番号)<br>郵便番号<br>都道府県<br>市町村 | 電話番号<br>(内線) FAX番号 |      |
| ■ 郵便番号<br>住所                                | E-mail                        |                    |      |
| ■ 代表者姓名・氏名<br>生年月日                          | ■ 姓<br>名                      | ■ 姓<br>名           | 生年月日 |
| ■ 代表者の住所                                    | (登記番号)<br>郵便番号<br>都道府県<br>市町村 | 電話番号<br>(内線) FAX番号 |      |
| ■ 本登録事務所の所在地以外の場所に当該事務所の一元として使用される事務所を有する場合 |                               |                    |      |
| ■ フラガナ<br>名前                                |                               |                    |      |
| ■ おもな事務所の<br>所在地                            | (登記番号)<br>郵便番号<br>都道府県<br>市町村 | 生年月日               |      |
| ■ フラガナ<br>名前                                |                               |                    |      |
| ■ おもな事務所の<br>所在地                            | (登記番号)<br>郵便番号<br>都道府県<br>市町村 | 生年月日               |      |

備考 1 本登録事務所の所在地以外の場所に当該事務所を有しない場合は、

2 標記上の上の申請者の所在地と式典中央の申請書面の記入する事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請登録のした事務所の所在地は、原則として、会員登録事務所の所在地を記載してください。

3 本登録事務所の所在地以外の場所に当該事務所の一元として使用される事務所を有する場合の「の」の対象が2つ以上の場合は、件数に該当する事務所を記入してください。

4 「本登録事務所の所在地以外の場所に当該事務所の一元として使用される事務所を有する場合」の対象が2つ以上の場合は、件数に該当する事務所を記入してください。

# 指定更新申請

- 指定介護保険サービス事業者の指定有効期間は6年間です。6年ごとに指定更新申請が必要となります。
  - 指定更新対象の事業所へは、指定有効期間が満了する約2か月前にメールでお知らせします。

## 三 協力医療機関に関する届出

## 対象となる事業所

- 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

### 提出が必要な場合

- 1年に1回以上は必ず提出
  - 協力医療機関を変更した場合

提出時期

- ## ● 各年度の3月末まで