

介護予防訪問介護、
介護予防通所介護事業者の皆様へ

平成 27 年 6 月 26 日
介護保険課事業者調整係

江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業の事業者指定について

平成 27 年 6 月 1 日付、江戸川区介護保険課ホームページのトピックスで「平成 27 年 4 月 1 日以後に介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定を受けた事業所の皆様へ」の表題でお知らせしましたとおり、平成 27 年 3 月 31 日までに指定を受けた介護予防訪問介護事業者及び介護予防通所介護事業者は、総合事業の指定を受けた者としてみなし、総合事業のサービスを実施しています。したがって、平成 27 年 4 月 1 日以後に新規で都道府県の指定を受けた事業者については、総合事業のサービスを実施する場合、区市町村の指定を受ける必要があります。

よって、指定を受けたい事業者につきましては、下記のとおり取り扱いますので、申請書と添付書類の提出をお願いいたします。

記

- 1 指定の内容 江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業
訪問型サービス・通所型サービス
- 2 対象事業者 平成 27 年 4 月 1 日以後に新規で介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の都道府県知事の指定を受けた事業者
- 3 提出書類 (1) 別記様式(第9条関係)指定申請書
(2) 都道府県において、介護予防訪問介護または介護予防通所介護の指定申請に係る申請書と添付書類一式(受理された資料写し)
(3) 江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業の運営規程
- 4 提出方法 問合せ先に連絡のうえ、区窓口を持参
- 5 提出期限 事業開始予定日の1箇月前まで
平成 27 年 7 月 1 日の指定を受けようとするものについては、今回に限り、
7月10日までとします。

問合せ先
江戸川区福祉部介護保険課事業者調整係
江戸川区中央1-4-1 2階2番
事業者指定担当まで
03-5662-0032(直通)

江戸川区指定訪問型サービス事業所

江戸川区指定通所型サービス事業所

指 定 申 請 書

年 月 日

江戸川区長 殿

所在地
申請者
名 称
代表者の職・氏名

印

介護保険法第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業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

		事業所所在地市区町村番号		
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 郡市 府県 区		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種類			法人所轄庁
	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日
	代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区		
(ビルの名称等)				
事業所の 状況	事業所等の所在地	(郵便番号 -)		
		(ビルの名称等)		
	事業所の名称			
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	介護保険事業所番号			
	フリガナ	-----		
	管理者氏名	-----		
	都道府県において介護予防事業所として指定 を受けた日	年 月 日		
	事業種別	介護予防訪問介護		介護予防通所介護
	当該申請に係る事業の開始の予定年月日	年 月 日		
指定を受けようとする事業種別	訪問型サービス(A2)			
	通所型サービス(A6)			

添付書類

- 1 介護予防訪問介護又は介護予防通所介護の指定申請に係る申請書と添付書類一式(都道府県において、受理された資料の写し)
- 2 江戸川区介護予防・日常生活支援総合事業を実施するに当たっての運営規程