

てはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければならない。

- 6 乙は、特例居宅介護サービス計画費等の支払いに関して、法第46条第2項又は第58条第2項の厚生大臣が定める基準及び指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）に規定する基準該当居宅介護の事業の運営に関する基準に照らして審査を受けるものとする。
- 7 甲は、乙からの請求に対する審査及び支払を連合会に委託する。（※委託する場合のみ）
- 8 乙は、介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成十二年厚生省令第20号）の例により、特例居宅介護サービス計画費等の請求を行うものとする。
- 9 乙は、前項の請求に併せて、第2項に定める居宅要介護等被保険者の委任を受けていることについて「介護保険特例居宅介護（支援）サービス費等支給申請書」（様式第1号）を甲（第7項の規定により審査及び支払に関する事務を連合会に委託している場合は、当該連合会とする。）に提出するものとする。

（変更の届出等）

- 第4条 乙は、基準該当居宅介護支援を行う事業所（以下「基準該当居宅介護支援事業所」という。）の名称や所在地その他の別表に定める事項に変更があった場合には、甲に対し「変更届出書」（様式第2号）を提出するものとする。
- 2 乙は、当該事業を廃止又は休止する場合には、すみやかに、甲に対し「廃止・休止届出書」（様式第3号）を提出するものとする。

（報告等）

- 第5条 甲は、特例居宅介護サービス計画費等の支給に関して必要があると認めるときは、乙若しくは乙であった者若しくは基準該当居宅介護支援事業所の従業者であった者（以下、この項において「乙あった者等」という。）に対し、報告若しくは帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、乙若しくは基準該当居宅介護支援事業所の従業者若しくは乙であった者等に対し出頭を求め、又は甲の職員に關係者に対して質問させ、若しくは基準該当居宅介護支援事業所について帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

（事業所情報の提供）

- 第6条 甲は、基準該当居宅介護支援事業所の情報（第2条に規定する変更の届出等に係る情報を含む。）のうち、次の各号に掲げるものを都道府県に提供するものとする。
 - (1) 申請者の名称並びに代表者の氏名及び住所
 - (2) 事業所の名称及び所在地
 - (3) 契約年月日
 - (4) 事業開始年月日
 - (5) 基準該当居宅介護支援事業所番号

(6) その他〇〇市（町・村）が必要と認める事項

（契約の解除等）

第7条 甲は、必要があるときは、乙と協議の上、この契約を解除し、又は、この契約の一部をあらためることができる。

（その他）

第8条 この契約は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から平成〇〇年〇〇月〇〇日までとする。

第9条 この契約の有効期間満了前1か月までに契約の当事者の何れか一方から何らかの意思表示がなされないときは、有効期間満了の翌日において向こう1か年間順次契約を更新したものと見なす。

この契約の確実を証明するため本書式通を作成し双方連名捺印のうえ各書通を所持するものとする。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

甲 〇〇市（町・村）

乙 〇〇

介護保険特例居宅介護（支援）サービス費等支給申請書

（受領委任用）

（平成 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号		-----	
	-----		被保険者番号		-----	
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女
住所	〒			電話番号		
費用額合計	-----		円	うち被保険者負担分		円
○○市（町村）長 様 上記の特例居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス計画費の支給を 申請します。また、上記請求に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印						
受取人の氏名 及び事業者名	(事業者名)					印
受取人の住所	〒			電話番号		
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金	-----
	-----		-----		2 当座預金	-----
フリガナ 口座名義人		-----				

注意 ・ 保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は、
受領委任による給付はできません。

市（町村）記入欄

保険料納付状況	備 考
未納保険料 有・無	-----
滞納保険料 有・無	

変更届出書

第 年 月 日 号

〇〇市(町・村)長 殿

住 所
 事業者(所在地)
 氏 名
 (名称及び代表者氏名)

印

次のとおり内容を変更しましたので届け出ます。

		基準該当事業所番号								
内容を変更した事業所		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	主たる事務所の所在地									
4	代表者の氏名及び住所									
5	事業所の建物の構造等									
6	備品(訪問入浴介護事業に限る。)	(変更後)								
7	事業所の管理者の氏名及び住所									
8	サービス提供責任者の氏名及び住所									
9	運営規程									
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関									
11	事業実施形態(本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型)									
12	入院患者又は入所者の定員									
13	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託先の状況)									
変更年月日		平成 年 月 日								

備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第3号

事業廃止（休止・再開）届出書

第 号
年 月 日

〇〇市（町・村）長 殿

住 所
事業者（所在地）
氏 名
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり事業の廃止（休止）をしましたので届け出ます。

基準該当事業所番号	
廃止（休止）する事業所	名称
	所在地
休止・廃止の別	休 止 ・ 廃 止
休止・廃止した年月日	平 成 年 月 日
休止・廃止した理由	
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置	
休止予定期間	平 成 年 月 日 ~ 平 成 年 月 日