

高知県指定市町村事務受託法人の指定等に関する規則の一部を改正する規則新旧対照表
 高知県指定市町村事務受託法人の指定等に関する規則（平成19年規則第94号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前																																																																																																																																																																																												
<p>第1号様式（第2条関係）</p> <p style="text-align: right;">受付番号 <input style="width: 100px;" type="text"/> 年 月 日</p> <p>高知県知事 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 主たる事務所の所在地</p> <p style="text-align: center;">名称 代表者の職・氏名</p> <p style="text-align: center;">指定市町村事務受託法人指定申請書</p> <p>介護保険法第24条の2第1項に規定する指定市町村事務受託法人の指定を受けたいので、介護保険法施行令第11条の2第1項及び介護保険法施行規則第34条の4第1項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">申請者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>主たる事務所の所在地</td> <td colspan="5">(郵便番号 -) 都道府県 市郡 区</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td colspan="2">ファクシミリ番号</td> <td colspan="2">電子メールアドレス</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">代表者の職・氏名及び生年月日</td> <td>職名</td> <td>フリガナ 氏名</td> <td>-----</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>代表者の住所</td> <td colspan="5">(郵便番号 -) 都道府県 市郡 区</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">指定を受けようとする市町村事務所</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5">(郵便番号 -) 高知県 市 郡</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td colspan="2">ファクシミリ番号</td> <td colspan="2">電子メールアドレス</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">事務所において行う市町村事務</td> <td>介護保険法第24条の2第1項第1号に掲げる事務（照会等事務）</td> <td>開始予定年月日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>介護保険法第24条の2第1項第2号に掲げる事務（要介護認定調査事務）</td> <td>開始予定年月日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">管理者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="4">住所 (郵便番号 -)</td> </tr> </table>	申請者	フリガナ						名称						主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市郡 区					連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		電子メールアドレス		代表者の職・氏名及び生年月日	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 -) 都道府県 市郡 区					指定を受けようとする市町村事務所	フリガナ						名称						所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡					連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		電子メールアドレス		事務所において行う市町村事務	介護保険法第24条の2第1項第1号に掲げる事務（照会等事務）	開始予定年月日	年 月 日				介護保険法第24条の2第1項第2号に掲げる事務（要介護認定調査事務）	開始予定年月日	年 月 日				管理者	フリガナ						氏名						生年月日	年 月 日	住所 (郵便番号 -)				<p>第1号様式（第2条関係）</p> <p style="text-align: right;">受付番号 <input style="width: 100px;" type="text"/> 年 月 日</p> <p>高知県知事 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 主たる事務所の所在地</p> <p style="text-align: center;">名称 代表者の職・氏名</p> <p style="text-align: center;">指定市町村事務受託法人指定申請書</p> <p>介護保険法第24条の2第1項に規定する指定市町村事務受託法人の指定を受けたいので、介護保険法施行令第11条の2第1項及び介護保険法施行規則第34条の4第1項の規定により次のとおり関係書類を添えて申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">申請者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>主たる事務所の所在地</td> <td colspan="5">(郵便番号 -) 都道府県 市郡 区</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td colspan="2">ファクシミリ番号</td> <td colspan="2">電子メールアドレス</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">代表者の職・氏名及び生年月日</td> <td>職名</td> <td>フリガナ 氏名</td> <td>-----</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>代表者の住所</td> <td colspan="5">(郵便番号 -) 都道府県 市郡 区</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">指定を受けようとする市町村事務所</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="5">(郵便番号 -) 高知県 市 郡</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>電話番号</td> <td colspan="2">ファクシミリ番号</td> <td colspan="2">電子メールアドレス</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">事務所において行う市町村事務</td> <td>介護保険法第24条の2第1項第1号に掲げる事務（照会等事務）</td> <td>開始予定年月日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>介護保険法第24条の2第1項第2号に掲げる事務（要介護認定調査事務）</td> <td>開始予定年月日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">管理者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td colspan="4">住所 (郵便番号 -)</td> </tr> </table>	申請者	フリガナ						名称						主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市郡 区					連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		電子メールアドレス		代表者の職・氏名及び生年月日	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 -) 都道府県 市郡 区					指定を受けようとする市町村事務所	フリガナ						名称						所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡					連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		電子メールアドレス		事務所において行う市町村事務	介護保険法第24条の2第1項第1号に掲げる事務（照会等事務）	開始予定年月日	年 月 日				介護保険法第24条の2第1項第2号に掲げる事務（要介護認定調査事務）	開始予定年月日	年 月 日				管理者	フリガナ						氏名						生年月日	年 月 日	住所 (郵便番号 -)			
申請者		フリガナ																																																																																																																																																																																											
		名称																																																																																																																																																																																											
		主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市郡 区																																																																																																																																																																																										
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		電子メールアドレス																																																																																																																																																																																								
代表者の職・氏名及び生年月日	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 -) 都道府県 市郡 区																																																																																																																																																																																											
指定を受けようとする市町村事務所	フリガナ																																																																																																																																																																																												
	名称																																																																																																																																																																																												
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡																																																																																																																																																																																											
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		電子メールアドレス																																																																																																																																																																																								
事務所において行う市町村事務	介護保険法第24条の2第1項第1号に掲げる事務（照会等事務）	開始予定年月日	年 月 日																																																																																																																																																																																										
	介護保険法第24条の2第1項第2号に掲げる事務（要介護認定調査事務）	開始予定年月日	年 月 日																																																																																																																																																																																										
管理者	フリガナ																																																																																																																																																																																												
	氏名																																																																																																																																																																																												
	生年月日	年 月 日	住所 (郵便番号 -)																																																																																																																																																																																										
申請者	フリガナ																																																																																																																																																																																												
	名称																																																																																																																																																																																												
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 都道府県 市郡 区																																																																																																																																																																																											
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		電子メールアドレス																																																																																																																																																																																								
代表者の職・氏名及び生年月日	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 -) 都道府県 市郡 区																																																																																																																																																																																											
指定を受けようとする市町村事務所	フリガナ																																																																																																																																																																																												
	名称																																																																																																																																																																																												
	所在地	(郵便番号 -) 高知県 市 郡																																																																																																																																																																																											
	連絡先	電話番号	ファクシミリ番号		電子メールアドレス																																																																																																																																																																																								
事務所において行う市町村事務	介護保険法第24条の2第1項第1号に掲げる事務（照会等事務）	開始予定年月日	年 月 日																																																																																																																																																																																										
	介護保険法第24条の2第1項第2号に掲げる事務（要介護認定調査事務）	開始予定年月日	年 月 日																																																																																																																																																																																										
管理者	フリガナ																																																																																																																																																																																												
	氏名																																																																																																																																																																																												
	生年月日	年 月 日	住所 (郵便番号 -)																																																																																																																																																																																										

改正後

既に指定等を受けている事業等の種類	実施事業等	既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日
居宅介護	〳	〳
訪問介護	〳	〳
訪問入浴介護	〳	〳
訪問看護	〳	〳
訪問リハビリテーション	〳	〳
居宅療養管理指導	〳	〳
通所介護	〳	〳
通所リハビリテーション	〳	〳
短期入所生活介護	〳	〳
短期入所療養介護	〳	〳
特定施設入居者生活介護	〳	〳
福祉用具貸与	〳	〳
特定福祉用具販売	〳	〳
地域密着型サービス	〳	〳
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	〳	〳
夜間対応型訪問介護	〳	〳
地域密着型通所介護	〳	〳
認知症対応型通所介護	〳	〳
小規模多機能型居宅介護	〳	〳
認知症対応型共同生活介護	〳	〳
地域密着型特定施設入居者生活介護	〳	〳
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	〳	〳
看護小規模多機能型居宅介護	〳	〳
居宅介護支援	〳	〳
施設サービス	〳	〳
介護老人福祉施設	〳	〳
介護老人保健施設	〳	〳
介護医療院	〳	〳
介護予防サービス	〳	〳
介護予防訪問入浴介護	〳	〳
介護予防訪問看護	〳	〳
介護予防訪問リハビリテーション	〳	〳
介護予防居宅療養管理指導	〳	〳
介護予防通所リハビリテーション	〳	〳
介護予防短期入所生活介護	〳	〳
介護予防短期入所療養介護	〳	〳
介護予防特定施設入居者生活介護	〳	〳
介護予防福祉用具貸与	〳	〳
特定介護予防福祉用具販売	〳	〳
地域密着型介護予防サービス	〳	〳
介護予防認知症対応型通所介護	〳	〳
介護予防小規模多機能型居宅介護	〳	〳
介護予防認知症対応型共同生活介護	〳	〳

改正前

既に指定等を受けている事業等の種類	実施事業等	既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日
居宅介護	〳	〳
訪問介護	〳	〳
訪問入浴介護	〳	〳
訪問看護	〳	〳
訪問リハビリテーション	〳	〳
居宅療養管理指導	〳	〳
通所介護	〳	〳
通所リハビリテーション	〳	〳
短期入所生活介護	〳	〳
短期入所療養介護	〳	〳
特定施設入居者生活介護	〳	〳
福祉用具貸与	〳	〳
特定福祉用具販売	〳	〳
地域密着型サービス	〳	〳
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	〳	〳
夜間対応型訪問介護	〳	〳
地域密着型通所介護	〳	〳
認知症対応型通所介護	〳	〳
小規模多機能型居宅介護	〳	〳
認知症対応型共同生活介護	〳	〳
地域密着型特定施設入居者生活介護	〳	〳
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	〳	〳
看護小規模多機能型居宅介護	〳	〳
居宅介護支援	〳	〳
施設サービス	〳	〳
介護老人福祉施設	〳	〳
介護老人保健施設	〳	〳
介護療養型医療施設	〳	〳
介護医療院	〳	〳
介護予防サービス	〳	〳
介護予防訪問入浴介護	〳	〳
介護予防訪問看護	〳	〳
介護予防訪問リハビリテーション	〳	〳
介護予防居宅療養管理指導	〳	〳
介護予防通所リハビリテーション	〳	〳
介護予防短期入所生活介護	〳	〳
介護予防短期入所療養介護	〳	〳
介護予防特定施設入居者生活介護	〳	〳
介護予防福祉用具貸与	〳	〳
特定介護予防福祉用具販売	〳	〳
地域密着型介護予防サービス	〳	〳
介護予防認知症対応型通所介護	〳	〳
介護予防小規模多機能型居宅介護	〳	〳
介護予防認知症対応型共同生活介護	〳	〳

改正後

介護保険事業所番号																			(既に指定等を受けている場合に記入してください。)
医療機関コード等																			
上記の事項(知事が別に定める書類に記載している事項を含みます。)のほか、介護保険法施行規則第34条の4第1項各号等に掲げる事項を記載した書類																		別添のとおり	

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「指定を受けようとする事務所」の「事務所において行う市町村事務」欄は、今回申請するものについて、該当するものに「○」を記入してください。
- 3 「実施事業等」欄は、既に指定等を受けている事業等について、該当するものに「○」を記入してください。
- 4 「既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日(介護保険法第71条第1項又は第72条第1項の規定により指定があったものとみなされたもの場合は保健医療機関等の指定等を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条第1項の規定により指定又は指許可があったものとみなされたもの場合は「平成12年4月1日」)を記入してください。
- 5 保健医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合は、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。また、複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。
- 6 指定を受けようとする事務所において行う市町村事務の種類ごとに知事が別に定める書類を添えてください。

改正前

介護保険事業所番号																			(既に指定等を受けている場合に記入してください。)
医療機関コード等																			
上記の事項(知事が別に定める書類に記載している事項を含みます。)のほか、介護保険法施行規則第34条の4第1項各号等に掲げる事項を記載した書類																		別添のとおり	

- 注 1 「受付番号」欄は、記入しないでください。
- 2 「指定を受けようとする事務所」の「事務所において行う市町村事務」欄は、今回申請するものについて、該当するものに「○」を記入してください。
- 3 「実施事業等」欄は、既に指定等を受けている事業等について、該当するものに「○」を記入してください。
- 4 「既に指定等を受けている事業等の指定(許可)年月日」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日(介護保険法第71条第1項又は第72条第1項の規定により指定があったものとみなされたもの場合は保健医療機関等の指定等を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条又は第8条第1項の規定により指定又は指許可があったものとみなされたもの場合は「平成12年4月1日」)を記入してください。
- 5 保健医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合は、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。また、複数のコードを有する場合は、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。
- 6 指定を受けようとする事務所において行う市町村事務の種類ごとに知事が別に定める書類を添えてください。