

# 地域密着型通所介護に係るみなし指定を不要とする旨の申出書

平成 年 月 日

東京都知事 殿

調布市長 殿

開設（事業）者

所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

次のとおり指定を不要とするので届け出ます。

介護保険事業者番号		1	3																	
事業所	名 称																			
	所 在 地																			
代表者	氏 名																			
	住 所																			
管理者	氏 名																			
	住 所																			
<b>医療介護総合確保推進法附則第20条第1項本文に係る指定を不要とする旨</b>																				
<input type="checkbox"/> ※ 地域密着型通所介護に係るみなし指定を不要と場合は□に×印を付してください。																				
<small>第二十条第一項 附則第一条第六号に掲げる規定の施行の際現に介護保険法第四十一条第一項本文の指定を受けている通所介護（利用定員が第六条の規定（同号に掲げる改正規定に限る。）による改正後の介護保険法（以下「第六号新介護保険法」という。）第八条第七項の厚生労働省令で定める数未満であるものに限る。次項において同じ。）の事業を行う者は、同号に掲げる規定の施行の日（以下「第六号施行日」という。）において当該事業を行う事業所の所在地の市町村（第六号施行日の前日において当該市町村以外の市町村（以下この項において「他の市町村」という。）が行う介護保険の被保険者が当該事業を行う者が行う通所介護を利用していた場合にあっては、当該他の市町村を含む。）の長から第六号新介護保険法第八条第十七項に規定する地域密着型通所介護に係る第六号新介護保険法第四十二条の二第一項本文の指定を受けたものとみなす。ただし、当該事業を行う者が第六号施行日の前日までに、厚生労働省令で定めるところにより別段の申出をしたときは、この限りでない。</small>																				

担当者 職・氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_