

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

浦幌町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 年 月 日

浦幌町長 様

所在地
申請者 名称
代表者

介護保険法に規定する事業所に係る指定（更新）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。

| | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|--------------------|-----------|-------------------------|-------------------------|----------------|--|
| 申請者 | フリガナ | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | | (郵便番号 -) | | | | |
| | 連絡先 | | 電話番号 | | | FAX番号 | |
| | 法人の種類別 | | | | | 法人所轄庁 | |
| | 代表者の職名・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 -) | | | | |
| 指定 (更新) を受けようとする事業所 | 事業所等の所在地 | | (郵便番号 -) | | | | |
| | 同一事業所において行う事業の種類 | | 実施事業 | 指定申請をする事業の 事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている 事業等の指定年月日 | 様式 | |
| | 訪問型サービス | 介護予防訪問介護 相当サービス | | | | 付表1 | |
| | 通所型サービス | 介護予防通所介護 相当サービス | | | | 付表2 | |
| 介護保険事業所番号 | | | | | | (既に指定を受けている場合) | |
| 指定を受けている他市町村名 | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | |

(裏)

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記入しないでください。

2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定等を受けているものについて、該当欄に「○」を記入してください。

5 「指定申請をする事業の開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

6 保険医療機関、保険薬局、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等コードが付番されている場合には、そのコードを「医療機関等コード等」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

付表1

介護予防訪問介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|----|---------------|---|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | FAX番号 | | | | |
| | E-mailアドレス | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | 住所 | (郵便番号 -) | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | |
| | 当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合記入) | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の 他の事業所又は施設 (兼務の場合記入) | 事業所等名称 兼務する職種 及び勤務時間等 | | | | |
| サービス 提供責任者 | フリガナ | | 住所 | (郵便番号 -) | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | フリガナ | | 住所 | (郵便番号 -) | | |
| | 氏名 | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 訪問介護員等 | | 利用者数 (前3月の平均) | | |
| | | 専 | 従 | 兼 | 務 | 人 |
| 常勤 (人) | | | | | | (届出の前月 人) (届出の前々月 人) (届出の前々々月 人) |
| 非常勤 (人) | | | | | | |
| 常勤換算後の人数 (人) | | | | | | |
| 基準上の必要人数 | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | |
| 主な 掲 示 事 項 | 営業日 | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分(利用者負担分) | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | |
| | その他の費用 | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | |

備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

- 2 記入欄が不足する場合は、適宜、欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 4 当該介護予防訪問介護相当サービス以外のサービスを実施する場合には、当該介護予防訪問介護相当サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

付表2

介護予防通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

| | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------------------|------------------------------|----------------|----------|-----------|-------------------|-------|----|---------|----|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | FAX番号 | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | 住所 | (郵便番号 -) | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | |
| | 当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合記入) | | | | | | | | | |
| | 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設 (兼務の場合記入) | 事業所等名称 | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | 生活相談員 | | 看護職員 | | 介護職員 | | 機能訓練指導員 | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | 常勤 (人) | | | | | | | | | |
| | 非常勤 (人) | | | | | | | | | |
| | 基準上の必要人数 | | | | | | | | | |
| | 適合の可否 | | | | | | | | | |
| | 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | 基準上必要な数値 | | | 適合の可否 | | | |
| | | | m ² | | | m ² 以上 | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | | | | | |
| | サービス提供時間 | (1) | ~ | (2) | ~ | (3) | ~ | | | |
| | 利用定員 | 人 (単位ごとの定員 (1) 人 (2) 人 (3) 人 | | | | | | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 (利用者負担分) | | | | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | | | | |
| | その他の費用 | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | | | |

- 備考1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 4 当該介護予防通所介護相当サービス以外のサービスを実施する場合には、当該介護予防通所介護相当サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

別添（必要添付書類一覧）

| 番号 | 添付書類 | 申請する事業の種類 | | 備考 |
|----|-----------------------------------|-----------|---------|----|
| | | 訪問型サービス | 通所型サービス | |
| 1 | 申請者の登記事項証明書又は条例等 | | | |
| 2 | 事業所の構造概要及び平面図 | | | |
| 3 | 設備・備品等に係る一覧表 | | | |
| 4 | サービス提供責任者の経歴等 | | | |
| 5 | 運営規程 | | | |
| 6 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | | | |
| 7 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | | | |
| 8 | 介護保険法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面 | | | |