様式第１号(第9条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| ※受付番号 |  |

**介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書**

年　　月　　日

皆野町長　　　　　　 　様

所在地

申請者　名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| ※事業所所在市町村番号 |  |
| 申請者 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 主たる事務所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 法人の種別 |  | 法人所轄庁 |  |
| 代表者の職名・氏名・生年月日 | 職名 |  | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  |  |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
|
| （ビルの名称等） |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  |
| 事業所の名称 |  |
| 事業所の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　）　　　　　 |
| （ビルの名称等） |
| 同一所在地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の指定年月日 | 様式 |
| 介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業 | 訪問介護相当サービス事業 |  |  |  | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ事業 |  |  |  | 付表１ |
| 通所介護相当サービス事業 |  |  |  | 付表２ |
| 通所型サービスＡ事業 |  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、皆野町地域支援事業実施要綱第９条第２項の規定により、関係書類を添えて申請します。

備考

１「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

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」「社団法人」「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、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を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。

５「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」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「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

７保険医療機関、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には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。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

第１号訪問介護事業所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　　　　－　　　　） |
|  |
| 直通連絡先 | 直通電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 第　　　　条 第　　　　項 第　　　　号 |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 申請に係る事業所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入してください。） |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合のみ記入してください。） | 事業所又は施設の名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
| サービス提供責任者（訪問事業責任者） | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | 常勤･非常勤 |
| 氏名 |  |
| 専従･兼務 |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　　－　　　　　） | 常勤･非常勤 |
| 氏名 |  |
| 専従･兼務 |
|  |  | 訪問介護員等（サービス提供責任者を含む） | サービス提供責任者 |
| 従業者の職種・員数 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常勤（人） |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |  |
| 基準上の必要人数（人） |  |  |
| 適合の可否 |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日曜･祝日 |  | ～ |  |  |
| 備考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 備考 |  |
| 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 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

　　　　4 出張所等がある場合、出張所等の所在地、サービス提供に当たる訪問介護員の人数を別様にして記載してください。

　　　　5 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

付表２

第１号通所介護事業所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　　　　－　　　　） |
|  |
| 直通連絡先 | 直通電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文 | 第　　　　条 第　　　　項 第　　　　号 |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該通所介護事務所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） |  |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設（兼務の場合のみ記入） | 事業所等名称 |  |
| 兼務する職種及び勤務時間等 |  |
| 実施単位数　　　　　　　　　　　単位 | 同時に通所介護の提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 |
| 単位別従業者 |  | 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（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 　食堂及び機能訓練室の合計面積 |  | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| ㎡ | ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 定員 | 人 |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日･祝 |  | ～ |  |
| 備考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 備考 |  |
| 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」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄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 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。

　　　　4 本事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種･員数については､裏面に記載してください｡

　　　　5 本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときは、裏面に必要事項を記載してください。

　　　　6 当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

(裏）

　 ＊単位数が２単位以上の場合に記載

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 単位別従業者 |  | 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（人） |  |  |  |  |
| 適合の可否 |  |  |  |  |
| 　食堂及び機能訓練室の合計面積 |  | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| ㎡ | ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 定員 | 人 |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日･祝 |  | ～ |  |
| 備考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 備考 |  |

　 ＊本事業所の所在地以外の場所に本事業の一部を実施する施設を有するときに記載

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
|  |
| 直通連絡先 | 直通電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 　食堂及び機能訓練室の合計面積 |  | 基準上の必要数値 | 適合の可否 |
| ㎡ | ㎡以上 |  |
| 主な掲示事項 | 定員 | 人 |  |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | その他年間の休日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 営業時間 | 平日 |  | ～ |  | 土曜 |  | ～ |  | 日･祝 |  | ～ |  |
| 備考 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分 |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |  |
| 備考 |  |
| 添付書類 | 平面図 |

備考　　1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄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 一のローテーションにおいて、事業所を複数有するときは、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。