

受付番号 ※

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 指定 申請書
指定更新

年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 様
所在地
申請者 名称
代表者氏名



第1号事業者に係る指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号 ※

申請者	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)								
		(ビルの名称等)								
	(フリガナ) 名称									
	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			
指定を受ける事業所の種類	代表者の住所	(郵便番号 -)								
	事業所等の所在地	(郵便番号 -)								
	同一所在地において行う事業の種類 (該当に○印)				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(該当に○印)		
	訪問型サービス	通所型サービス			年 月 日	年 月 日	付表1・付表2			
	訪問型サービスA	通所型サービスA			年 月 日	年 月 日	付表1・付表2			
介護保険事業者番号								(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					

- (注) 1 ※印の欄には、記入しないでください。
- 2 「法人の種類別」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入してください。
- 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○印を付けてください。
- 5 「指定申請をする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入してください。
- 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

介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス
訪問型サービスA 指定・更新 に係る記載事項

事業所	所在地	(郵便番号 —)				
	名称					
	連絡先	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	氏名			住所	(郵便番号 —)	
	生年月日	年	月			日
	当該総合事業指定事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)					
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設等 (兼務の場合記入)		名称			
		兼務する他の職務				
サービス提供責任者	氏名			住所	(郵便番号 —)	
	生年月日					
	氏名			住所	(郵便番号 —)	
	生年月日					
* 従業者の職種及び員数 (人)		訪問介護員等				
		専従	兼務			
常勤 (訪問型 A 従事の内数)		()	()			
非常勤 (")		()	()			
常勤換算後の人員						
※基準上の必要人数						
※適合の可否						
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	利用料 (利用者負担 1 割の場合)		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						

(注) 1 ※印の欄には、記入しないこと。記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

2 人員の欄は、指定訪問介護、指定介護予防訪問介護、指定訪問型サービス、指定訪問型サービスAに係る分を含めて記入すること。

3 添付書類

- (1) 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 事業所の平面図
- (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面 (別紙 1)
- (4) 事業所のサービス提供責任者の経歴を記載した書面 (別紙 2)
- (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を記載した書面 (別紙 3)
- (7) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面 (別紙 4-1)
- (8) 当該申請に係る資産の状況を記載した書面
- (9) 当該申請に係る事業の第 1 号事業支給費の請求に関する事項を記載した書面 (様式第 9 号)
- (10) 組合が定める総合事業指定事業者の指定等に関する要綱第 6 条に該当しないことを誓約する書面 (別紙 5)
- (11) 役員の氏名、生年月日及び住所を記載した書面 (別紙 6)
- (12) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

付表 2

介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス
通所型サービスA 指定・更新 に係る記載事項

事業所	所在地 (郵便番号 —)								
	名称								
	連絡先	FAX番号							
電話番号		第 条 第 項 第 号							
管 理 者	氏名	住所 (郵便番号 —)							
	生年月日 年 月 日								
	当該総合事業指定事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合記入)								
	兼務する同一敷地内の他の事業所施設等 (兼務の場合記入)	兼務する他の職務							
実施単位数		単位							
同時に指定通所介護、指定介護予防通所介護及び指定通所型サービスの提供を受けることができる利用者の数の上限		同時に指定通所型サービスAの提供を受けることができる利用者の数の上限							
従業者の職種及び員数	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 (人)								
※適合の可否									
食堂・機能訓練室の合計面積			※基準上の必要数値			※適合の可否			
m ²			m ² 以上						
主な 掲 示 事 項	営業日								
	単位ごとのサービス提供時間		① 時 分～ 時 分	② 時 分～ 時 分					
	単位ごとの利用定員		① 人	② 人					
	利用料 (利用者負担 1割の場合)		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									

(注) 1 ※印の欄には、記入しないこと。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入すること。

3 添付書類

- (1) 定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等
- (2) 事業所の平面図 (各室の用途を明示したもの) 及び設備の概要を記載した書面
- (3) 事業所の管理者の経歴を記載した書面 (別紙 1)
- (4) 運営規程
- (5) 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書面 (別紙 3)
- (6) 従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書面 (別紙 4-2)
- (7) 当該申請に係る資産の状況を記載した書面
- (8) 当該申請に係る事業の第 1 号事業支給費の請求に関する事項を記載した書面 (様式第 9 号)
- (9) 組合が定める総合事業指定事業者の指定等に関する要綱第 6 条に該当しないことを誓約する書面 (別紙 5)
- (10) 役員の名、生年月日及び住所を記載した書面 (別紙 6)
- (11) その他指定に関し必要と認める事項を記載した書面

