様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

吉岡町介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定申請書

　　年　　月　　日

吉岡町長　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

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、下記のとおり、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 | 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　　　－　　　　　　） |
|
|  |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 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 | 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号事業サービス | 訪問型サービス（独自） |  |  |  | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ |  |  |  | 付表１ |
| 通所型サービス（独自） |  |  |  | 付表２ |
| 通所型サービスＡ |  |  |  | 付表２ |
| 通所型サービスＣ |  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考　１　「受付番号」及び「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、その全てを記載してください。

付表１　介護予防・日常生活総合事業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 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 当該事業において兼務する場合の他の職種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所・施設において兼務する場合 | 事業所等名称 |  |
| 兼務する職種 |  |
| サービス提供責任者 | フリガナ |  | 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （〒　　　－　　　　）  |
| 氏名 |  |
| 訪問介護員等の員数 |  　 専従 |  兼務 |  |
|  | 常勤（人） |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |
| 常勤換算後の人数（人） |  |
| 出張所 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 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 |  日曜日・祝日 | 備考 |
| 　　　～ |  ～ |  ～ |
| 利用料 | 法定代理受領分(１割負担分) |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |
| 通常の事業の実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |
| 添付書類 |  |

注１　「受付番号」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別様に記載した書類を添付してください。

　３　「出張所」欄は、訪問介護事業を当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所がある場合に記載してください。

　４　添付書類については、町に確認してください。

付表２　介護予防・日常生活総合事業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 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 管理者 | フリガナ |  | 住所 |  （〒　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 当該事業において兼務する場合の他の職種 |  |
| 同一敷地内の他の事業所・施設において兼務する場合 | 事業所等名称 |  |
| 兼務する職種 |  |
| 実施単位数 |  単位 | 食堂及び機能訓練室の合計面積 |  ㎡ |
| 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 |
| 従業者の職種・員数（１単位目） | 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主な掲示事項 | １単位目 | 利用定員 | 　　　 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 | 日曜日・祝日 | 備考 |
|  　 ～ |  ～ |  ～ |
| 利用料 | 法定代理受領分(１割負担分) |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |
| 通常の事業の実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |
| 添付書類 |  |

注１　「受付番号」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別様に記載した書類を添付してください。

　３　添付書類については、町に確認してください。