|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

大網白里市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

　　年　　月　　日

大網白里市長　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業者の指定（指定の更新）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請(開設)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 | | | | |  | | | | | | |
| 法人の種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 郵便番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | |  | | | | | | |
| 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | 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 |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号 | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 申請書の作成担当者  氏名・電話番号・ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　　１　「受付番号」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」・「一般社団法

人」・「一般財団法人」・「株式会社」等の別を記入してください。

３　「既に指定（許可）を受けている介護保険事業所番号」が複数ある場合には、指定を受けようと

する事業所の所在地と同一敷地内にて、指定又は許可を受けた介護保険事業所番号を記入してくだ

さい。

付表１

訪問型サービス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 | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | | | | | 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 | |  | | | |
| 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  （サービス提供責任者を含む。） | | | | | | | |  | |
| 専従 | | | 兼務 | | | | |
|  | 常勤（人） | | | |  | | |  | | | | |
| 非常勤（人） | | | |  | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | |  | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | |  | | | | | | | | | | |
| 年間の休日 | | |  | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | |  | | | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」欄には、記入しないでください。

２　サービス提供責任者は、全員記入してください。

３　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付して

ください。

付表２

（表）

通所型サービス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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | |
| 当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | 名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| １単位目 | （食堂と機能訓練室が同一の場合） | | | | | | | | | | | | | | （食堂と機能訓練室が別の場合） | | | | | | | | | |
| 食堂兼機能訓練室の面積 | | | | | | ㎡ | | | | | | | | 機能訓練室の面積 | | | | | ㎡ | | | | |
| 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） | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | | |  |  |
| 主な掲示事項 | | 営業日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年間の休日 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | | | ：　　　～　　　：　　　（送迎時間を除く。） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | | |  | | | | | | | | | | | |
| ２単位目 | （食堂と機能訓練室が同一の場合） | | | | | | | （食堂と機能訓練室が別の場合） | | | | | | |
| 食堂兼機能訓練室の面積 | | | ㎡ | | | | 機能訓練室の面積 | | | ㎡ | | | |
| 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） | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | |  | | | | | | | | | | |
| 年間の休日 | |  | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | |  | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | ：　　　～　　　：　　　（送迎時間を除く。） | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | |  | | | | | | | | | | |
| ３単位目 | （食堂と機能訓練室が同一の場合） | | | | | | | （食堂と機能訓練室が別の場合） | | | | | | |
| 食堂兼機能訓練室の面積 | | | ㎡ | | | | 機能訓練室の面積 | | | ㎡ | | | |
| 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） | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 主な掲示事項 | 営業日 | |  | | | | | | | | | | |
| 年間の休日 | |  | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | |  | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | ：　　　～　　　：　　　（送迎時間を除く。） | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | 人 | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | |
| 通常の事業の実施地域 | |  | | | | | | | | | | |

備考

１　「受付番号」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、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記入した書類を添付して

ください。