|  |  |
| --- | --- |
| 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。