|  |
| --- |
| 指定介護予防・日常生活支援総合事業者指定（更新）申請書 |

令和　　年　　月　　日

　杵築市長　　　　　　　様

申請者

所在地

名　称

代表者氏名

指定（更新）を受けたいので、杵築市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する規則第４条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　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 |  | 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の種類等 | 事業所等の名称 |  |
| 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等の種類 | 実施事 業 | 指定（更新）申請をする事業の開始予定年月日 | 事業等の指定年月日(現に指定を受けている場合に限る) | 様 式 |
| 　　　サービスの種類 | 訪問型サービス（独自） |  |  |  | 付表1 |
| 訪問型サービスＡ（緩和型） |  |  |  |
| 通所型サービス（独自） |  |  |  | 付表2 |
| 通所型サービス（独自・通所リハ） |  |  |  |
| 通所型サービスＡ（緩和型） |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合に限る） |
| 指定を受けている他の市町村 |  |

（裏面）

１　「法人の種別」欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人」等の別を記入してください。

２　「法人の所轄庁」欄は，申請者が許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。

３　「サービスの種類」欄は，今回の指定申請に係るもの及び既に指定等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。

４　「指定（更新）申請をする事業の開始予定年月日」欄は，該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入してください。

５　「事業等の指定年月日」欄は，指定を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所・指定施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５条の１１において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは，保険医療機関等の指定を受けた年月日）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（更新）に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事　業　所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　－　　　　) |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス |  |
| 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 | ふりがな | 　 | 住所 | (郵便番号　　－　　　) |
| 氏　　名 | 　 |
| 生年月日 |  |
| 当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合記入） | 　 |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合記入) | 事業所等名称 | 　　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
|
| 主なサービス提供責任者 | ふりがな | 　 | 住所 | (郵便番号　　－　　　) |
| 氏名 | 　 |
| ふりがな | 　 | 住所 | (郵便番号　　－　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 従 業 者 |  | 訪問介護員等 |  |
| 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「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。

付表２

通所型サービス事業所の　指定（更新）に係る記載事項

|  |
| --- |
| 　 |
| 事　業　所 | ふりがな | 　 |
| 名　　称 | 　 |
| 所在地 | (郵便番号　　　－　　　　) |
|  |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス |  |
| 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 | ふりがな | 　 | 住　所 | (郵便番号　　　－　　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 |  |
| 当該事業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、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 | 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 | 　 | ～ | 　 | 日曜・祝日 | 　 | ～ | 　 |
| 備考 | サービス提供時間 | 延長時間 |
| 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 | 　 |
| 通常の事業実施地域 | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 備考 |  |
| 添 付 書 類 | 別添のとおり |

備考　１　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。

２　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、付表２-１（別紙）に記載し添付してください。

３　「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えありません。

　　 ４　通所リハビリテーション事業所の指定を受けている事業所にあっては、「生活相談員」を「支援相談員」と、「機能訓練指導員」を「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士」と読み替えるものとします。

|  |
| --- |
| 通所型サービス事業所の指定（更新）に係る記載事項（2単位目以降) |
| 　 |
| 事業所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| 単　位 | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 　 | ～ | 　 | 日曜・祝日 | 　 | ～ | 　 |
| 備考 | サービス提供時間 | 延長時間 |
| 単　位 | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 　 | ～ | 　 | 日曜・祝日 | 　 | ～ | 　 |
| 備考 | サービス提供時間 | 延長時間 |
| 単　位 | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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 | 　 | ～ | 　 | 日曜・祝日 | 　 | ～ | 　 |
| 備考 | サービス提供時間 | 延長時間 |

付表２－１(別紙)

備考　１　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。

２ 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添として差し支えありません。

　　 ３ 通所リハビリテーション事業所の指定を受けている事業所にあっては、「生活相談員」を「支援相談員」と、「機能訓練指導員」を「理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士」と読み替えるものとします。