様式第１号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

小川町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定申請書

　　　　年　　月　　日

小川町長　　宛て

所在地

申請者　　名　称　　　　　　 　　　　　　　　　印

代表者氏名

介護保険法に規定する事業者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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 代表者の職名・ | | | 職名 | |  | | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名・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 | | | （郵便番号　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | 付表１ |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | 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」「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」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「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、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、保健薬局、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　第１号訪問事業所の指定に係る記載事項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 | | |  | | | | | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款等の条文 | | | | | | | | | | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | |
| 併設事業所の種別、名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | |  | |
| 管　理　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 住所 | | | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | |
|
| 生年月日 | | |  | | | | | | | | | | |
| 申請に係る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） | | | | | | | | 名称 |  | | | | | | | | | 事業所番号 | |  | | | |
| 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 | | |  | | | | | |
| 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) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要人員(人) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」「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　出張所等がある場合、出張所等の所在地、サービス提供に当たる訪問介護員の人数を別様にして記載してください。

４　当該指定事業以外のサービスを実施する場合には、当該指定事業部分とそれ以外の事業部分の料金がわかるような料金表を提出してください。

付表２　第１号通所事業所の指定に係る記載事項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　　　－　　　）  　　　　　　　県　　　 郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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等の条文 | | | | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | | | | | | |
| 併設事業所の種別、名称 | | |  | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | |  | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | 住所 | | （郵便番号　　　　－　　　　） | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | |
| 申請に係る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） | | | | | 名称 |  | | | | | | | | | | 事業所番号 | | |  | | | |
| 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） | |  | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  |  | | |  | |
| 基準上の必要人員(人) | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 適合の可否 | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 食堂及び機能訓練室の　合計面積 | | | ㎡ | | | | | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | | | 適合の可否 | | | | |
| ㎡以上 | | | | | | |  | | | | |
| 主な掲示事項 | 定員 | | 人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | |  | | | | | | | | | | | | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考　１　「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要面積」「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　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､別紙に記載し添付してください｡

４　当該指定事業以外の事業を実施する場合には、当該指定事業部分とそれ以外の事業部分の料金がわかるような料金表を提出してください。