

受付番号	
------	--

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

久慈広域連合長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者氏名

印

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 -)					
	(ビルの名称等)					
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 -)				
		(ビルの名称等)				
	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	
	訪問型サービス（訪問型現行相当サービス）				付表1	
	通所型サービス（通所型現行相当サービス）				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」「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、そのすべてを記載してください。

指定申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		訪問型 現行相 当サー ビス			
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				法人の登記事項証明書は申請前3ヶ月以内に発行のもの
2	従業者の勤務の体制及び勤務体系一覧表				参考様式 1
3	管理者の経歴書				参考様式 2
4	サービス提供責任者の経歴書				参考様式 3
5	事業所の位置図、平面図及び写真（外観、内部）				参考様式 4（平面図） （平面図には、当該事業の専用部分と他事業との共有部分を色分けする等使用関係がわかるように記載する。）
6	設備・備品等に係る一覧表				参考様式 5
7	運営規程				
8	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要				参考様式 6
9	当該申請に係る資産の状況				財産目録、損益計算書、貸借対照表等
10	介護予防・日常生活支援総合事業サービス費の請求に関する事項				総合事業費算定に係る体制等に関する届出書、体制状況一覧（別紙）
11	当該事業所の所在地以外の場所で、当該申請に係る事業の一部を行うときの名称・所在地				参考様式 8
12	法第 115 条の 45 の 5 第 2 項の規定に該当しないことを誓約する書面				参考様式 9
13	役員の氏名等				参考様式 9
14	従業者の資格を証明する書類の写し				
15	重要事項説明書及び利用契約書				
16	災害時等に係る対応体制の状況（緊急時対応マニュアル等）				
17	その他必要に応じて提出を求める書類				

備考 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。

2 「添付書類」欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当する欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通書類については、「◎」を付してください。

指定申請に係る添付書類一覧

受付番号

主たる事業所・施設の名称	
--------------	--

番号	添付書類	申請する事業の種類			備考
		通所型 現行相 当サー ビス			
1	申請者の定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等				法人の登記事項証明書は申請前3ヶ月以内に発行のもの
2	従業者の勤務の体制及び勤務体系一覧表				参考様式1
3	管理者の経歴書				参考様式2
4	事業所の位置図、平面図及び写真（外観、内部）				参考様式4（平面図） （平面図には、当該事業の専用部分と他事業との共有部分を色分けする等使用関係がわかるように記載する。）
5	設備・備品等に係る一覧表				参考様式5
6	運営規程				
7	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要				参考様式6
8	サービス提供実施単位一覧表				参考様式7
9	当該申請に係る資産の状況				財産目録、損益計算書、貸借対照表等
10	介護予防・日常生活支援総合事業サービス費の請求に関する事項				総合事業費算定に係る体制等に関する届出書、体制状況一覧（別紙）
11	法第115条の45の5第2項の規定に該当しないことを誓約する書面				参考様式9
12	役員の名等				参考様式9
13	従業者の資格を証明する書類の写し				
14	消防設備に係る検査済証等				
15	重要事項説明書及び利用契約書				
16	災害時等に係る対応体制の状況（緊急時対応マニュアル等）				
17	その他必要に応じて提出を求める書類				

備考1 「受付番号」欄は、記載しないでください。

2 「添付書類」欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

3 該当する欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通書類については、「◎」を付してください。

付表1 第1号訪問事業（訪問型サービス）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												
		(ビルの名称等)												
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、寄付行為等の条文											第	条第	項第	号
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)								
	氏名													
	生年月日													
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記載）		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													
	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												
		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														
主な揭示事項	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												
		法定外代理受領分以外												
	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 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には記載しないでください。

2 記載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 「主な揭示事項」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。

4 出張所等がある場合、所在地、営業時間等を別様にして記載してください。また、従業者については、本様式に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。

付表2 第1号通所事業（通所型サービス）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							
		(ビルの名称等)							
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、寄付行為等の条文				第	条第	項第	号		
管理者	フリガナ				(郵便番号 -)				
	氏名	住所							
	生年月日								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記載）	名称				事業所番号			
		兼務する職種及び勤務時間等							
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）							
		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				基準上の必要数値		適合の可否			
				m ²		m ² 以上			
主な揭示事項	営業日	単位ごとの営業日							
	サービス提供時間（送迎時間を除く）	単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く。） (① : ~ : ② : ~ : ③ : ~ :)							
	利用定員	人（単位ごとの定員① 人② 人③ 人）							
	利用料	法定代理受領分							
		法定外代理受領分以外							
	食事の提供に要する費用								
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」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないでください。
- 2 記載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 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 「従業者の職種・員数」欄には、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。