|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第1号(第2条、第4条関係) | 受付番号 | 　 |

石垣市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業者指定申請書

年　　月　　日

　　石垣市長　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

　介護保険法に規定する事業所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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所所在地市町村番号 | 　 |
| 申請者 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　)　　　　　　　　県　　　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 申請者連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 法人の種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 | 生年月日年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　　―　　　　)　　　県　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 　　　　　　指定を受けようとする事業所・施設の種類 | 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　　　―　　　　)　　　県　　　　郡市 |
| (ビルの名称等) |
| 同一所在地において行う事業等の種類 | 　実施事業 | 　指定申請をする事業等の事業開始予定年月日 | 　既に指定等を受けている事業等の指定年月日 | 様式 |
| 　　介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業 | 訪問型サービス(現行相当) | 　 | 　 | 　 | 付表1 |
| 通所型サービス(現行相当) | 　 | 　 | 　 | 付表2 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 介護保険事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | (既に指定又は許可を受けている場合) |
| 医療機関コード等 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　　　備考　1　「受付番号」及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。

　　　　　　2　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合、「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入してください。

　　　　　　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。

　　　　　　5　「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記入してください。

　　　　　　6　「既に指定等を受けている事業等の指定年月日」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入してください。

　　　　　　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」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。

(付表1)

　　第1号事業者(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 | 　(〒　　　―　　　) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 | 　 | 　 |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項 | 　第　　　　条　　　　項　　　　号 |
| 利用者の推定数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 　(〒　　　―　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。) | 　 |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。) | 事業所又は施設の名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間 | 　 |
| サービス提供責任者 | フリガナ | 　 | 住所 | 　(〒　　　―　　　) |
| 氏名 | 　 |
| フリガナ | 　 | 住所 | 　(〒　　　―　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 従業者 | 　訪問介護員等 | 　 | 専従 | 兼務 | 常勤換算後の員数(人) | 基準上の必要員数(人) | 適否 |
| 常勤 | 　 | 　 | 　 | ※ | ※ |
| 非常勤 | 　 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考 | その他年間の休日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 備考 | (サービス提供時間) |
| 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 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

備考　　　1　一体的に運営する(介護予防)訪問介護と同じ内容で記載してください。

　　　　　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に記入した書類を添付してください。

(A4)

(付表2)

　　第1号事業者(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 | 　(〒　　　―　　　) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| 申請に係る事業の実施について定めてある定款等の条項 | 　第　　　　条　　　　項　　　　号 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 　(〒　　　―　　　) |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 申請に係る事業所で兼務する他の職種(兼務する場合のみ記入してください。) | 　 |
| 兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務する事業所又は施設がある場合のみ記入してください。) | 事業所又は施設の名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間 | 　 |
| 実施単位数 | 単位　 | 同時に通所介護(介護予防通所介護)の提供を受けることができる利用者の数の上限 | 人 |
| 単位① | 単位当たりの従業者 | 　 | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要員数(人) | ※ | ※ | ※ | ※ |
| 適否 | ※ | ※ | ※ | ※ |
| 定員 | 人　　　　　　　 |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考 | その他年間の休日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 備考 | (サービス提供時間) |
| 食堂及び機能訓練室の合計床面積 | m2 | 基準上の必要数値 | 適否 |
| ※　　　　　　　　m2　以上 | ※ |
| 主な掲示事項 | 定員 | 人　　　　　　　　　　 |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 備考 | (サービス提供時間) |
| 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 | 　 |
| 添付書類 | 別添のとおり |

(注意)　1　※印の欄は、記入しないでください。

　　　　2　申請に係る事業所内で複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る単位当たりの従業者、定員、営業日及び営業時間については、別紙1に記入し、添付してください。

　　　　3　従業者の員数は、総数を記載してください。

　　　　4　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別に記入した書類を添付してください。

(A4)

(付表2)(別紙1)

　　第1号事業者(通所型サービス)の指定に係る記載事項(2単位目以降)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 受付番号 | ※ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 　　　　　単位② | 単位当たりの従業者 | 　 | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要員数(人) | ※ | ※ | ※ | ※ |
| 適否 | ※ | ※ | ※ | ※ |
| 定員 | 人　　　　　　　　　　 |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 備考 | 　 |
| 　　　　　単位③ | 単位当たりの従業者 | 　 | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要員数(人) | ※ | ※ | ※ | ※ |
| 適否 | ※ | ※ | ※ | ※ |
| 定員 | 人　　　　　　　　　　 |
| 営業日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 祝 | 備考 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 備考 | 　 |
| 　　　　　単位④ | 単位当たりの従業者 | 　 | 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要員数(人) | ※ | ※ | ※ | ※ |
| 適否 | ※ | ※ | ※ | ※ |
| 定員 | 人　　　　　　　　　　 |
| 営業日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 | 備考 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 備考 | 　 |

(A4)