|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第１号(第３条関係) | 受付番号 |  |

矢巾町介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業者指定申請書

年　　　　月　　　　日

　矢巾町長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 主たる事務所の所在地 |  |

申請者　名称

代表者の職氏名

　介護予防・日常生活支援総合事業の第１号事業者の指定を受けたいので、介護保険法第115条の45の5第1項の規定により、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 | | | |  | | | | | | | | ファクシミリ番号 | |  | | |
| 法人の種別 |  | | | | | | | | | | 法人所轄庁 | |  | | | | |
| 代表者の職名及び氏名 | 職名 | | |  | | | | | | | | フリガナ |  | | | 生年月日 | |
| 氏名 |  | | |
| 代表者住所 | (郵便番号　　　　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号　　　　　　―　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| メールアドレス | | | | | | | |
| 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  (事業開始予定年月日) | | | | | 既に指定を受けている事業等(指定(許可)年月日) | | | 付表 |
| 第１号訪問事業 | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | 付表1 |
| 訪問介護 | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| 介護予防訪問介護 | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| 第１号通所事業 | | | | | | |  | |  | | | | |  | | | 付表2 |
| 通所介護 | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| 介護予防通所介護 | | | | | | |  | |  | | | | |  | | |  |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |

備考

　1　受付番号の欄は、記入しないでください。

　2　法人の種別の欄は、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、営利法人等の別を記入してください。

　3　法人の所轄庁の欄は、申請者が主務官庁の認可等を受けて設立された法人である場合には、当該主務官庁の名称を記入してください。

　4　実施事業の欄は、この申請に係るもの及び申請する事業所が既に指定等を受けているものの欄に○を記入してください。

　5　指定申請をする事業等(事業開始予定年月日)の欄は、該当するものの欄に事業の開始の予定年月日を記入してください。

　6　既に指定を受けている事業等(指定年月日)の欄は、該当するものの欄に指定を受けた年月日を記入してください。

　7　介護保険事業所番号の欄は、既に指定を受けている場合にのみ記入してください。

　8　指定を受けようとする事業等の種類に応じ、それぞれ該当する付表の欄に規定する付表を添付してください。

付表1(第1号訪問事業)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | | | |  | | | | | | | ファクシミリ番号 | | |  | | |
| 事業所と老人ホーム等(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅又は旧高齢者専用賃貸住宅)が同一建物であるか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有・無 |
| 申請に係る事業の実施について定める定款、寄附行為等の条項 | | | | | | | | | | | | | | | 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 |  | | | | | | | | |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | | | | | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | | | |
| 申請に係る事業所と同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合 | | | | | | 事業所等の名称 | | | |  | | | | | | | | | |
| 兼務する職務及び勤務時間 | | | |  | | | | | | | | | |
| 利用者の数(新規申請時は推定数)(人) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| サービス提供責任者 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | 住所 | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | |
| 資格 | | |  | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | 住所 | | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | |
| 資格 | | |  | | | | | | | |
| 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) | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の員数(人) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 基準上の必要員数(人) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 運営の概要 | 営業日 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　1　受付番号、基準上の必要員数及び適合の可否の欄は、記入しないでください。

　2　運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。

　3　申請に係る事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事業所に関し事業所及び運営の概要の欄に記入すべき事項を、別紙に記入して添付してください。なお、当該事業所の従業者の員数については、この様式の従業者の職種・員数の欄に含めて記入してください。

　4　サービス提供責任者の欄について記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入し、又は別紙に記入してください。

付表2(第1号通所事業)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| その1 | 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 | | | | |  | | | | | | | | ファクシミリ番号 | |  | | | |
| 申請に係る事業の実施について定める定款、寄附行為等の条項 | | | | | | | | | | | | | | | | 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 |  | | | | | | | | |
| 申請に係る事業所で兼務する他の職務 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 申請に係る事業所と同一敷地内にある他の事業所、施設等で兼務する場合 | | | | 事業所等の名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 兼務する職務及び勤務時間 | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 実施単位数 | | | 単位 | | | | 同時に通所介護(地域密着型通所介護)又は第一号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 | |
| 単位別の従業者の職種・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) | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  |
| 基準上の必要員数(人) | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| 適合の可否 | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | 適合の可否 | | |
| m2 | | | | | | | | | | | | | | | m2以上 | | | | |  | | |
| 運営の概要 | 単位ごとの利用定員　(人) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　1　受付番号、基準上の必要員数、基準上の必要面積及び適合の可否の欄は、記入しないでください。

　2　当該事業所で通所介護(地域密着型通所介護)又は第1号通所型サービスについて複数の単位を実施する場合は、2単位目以降に係る従業者の職種、員数等をその2に記入して添付してください。

　3　この申請に係る事業所の所在地以外の場所にこの事業の一部を実施する施設(一部事業施設)を有するときは、当該施設については、その3に必要事項を記入して添付してください。(複数の一部事業施設を有するときは、それぞれについてその3に必要事項を記入して添付してください。)

　4　運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。

その2

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 単位目 | 単位別の従業者の職種・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) | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 基準上の必要員数(人) | | |  | |  | |  | |  | | |
| 適合の可否 | | |  | |  | |  | |  | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | | 適合の可否 | |
| m2 | | | | | m2以上 | | | | | |  | |
| 運営の概要 | | 単位ごとの利用定員(人) | |  | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | |  | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (サービス提供時間) | |  | | | | | | | | |
| 単位目 | 単位別の従業者の職種・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) | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 基準上の必要員数(人) | | |  | |  | |  | |  | | |
| 適合の可否 | | |  | |  | |  | |  | | |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | 基準上の必要面積 | | | | | | 適合の可否 | |
| m2 | | | | | m2以上 | | | | | |  | |
| 運営の概要 | | 単位ごとの利用定員(人) | |  | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業日 | |  | | | | | | | | |
| 単位ごとの営業時間  (サービス提供時間) | |  | | | | | | | | |

備考

　1　受付番号、基準上の必要員数及び適合の可否の欄は、記入しないでください。

　2　運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。

その3

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 一部事業施設数 | | |  | | | | | | | | | | |
| 同時に通所介護(地域密着型通所介護)又は第一号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) | | | | | | | | |  | | | | |
| 一部事業施設 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | (郵便番号　　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | | | | ファクシミリ番号 | |  | | | |
| 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) | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | | | | | | m2 | | | | | | | |
| 運営の概要 | 利用者の数(人) | | | |  | | | | | | | | |
| 営業日 | | | |  | | | | | | | | |
| 営業時間  (サービス提供時間) | | | |  | | | | | | | | |

備考

　1　受付番号の欄は、記入しないでください。

　2　運営の概要の欄は、記入すべき事項を記載した資料を添付しても差し支えありません。