様式第1号(第2条，第8条，第13条関係)

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所

指定居宅介護支援事業所

指定申請書

年　　月　　日

　阿見町長　　　　　　　　　　殿

(名称)

申請者

(代表者の職名・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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | FAX番号 | |  | | | |
| Email | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　　)  　　　　　県　　　　郡市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 同一所在地において行う事業の種類 | | | | | | | | | | | | | | 指定申請  対象事業  (該当事業に○) | | | 既に指定を受けている事業  (該当事業に○) | | 指定申請をする事業の開始予定年月日 | | 様式 |
| 地域密着型サービス | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表1 |
| 認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表2 |
| 小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表3 |
| 認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表4 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表5 |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表6 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表7 |
| 複合型サービス | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表8 |
| 地域密着型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表9 |
| 居宅介護支援事業 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表10 |
| 地域密着型  介護予防  サービス | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表2 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表3 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | 付表4 |
| 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 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | (保険医療機関として指定を受けている場合) | | | | | | | | | |

　・裏面に記載に関しての備考があります。

備考　1　「指定申請対象事業」及び「既に指定を受けている事業」欄は，該当する欄に「○」を記入してください。

　　　2　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，そのすべてを記載してください。

　　　3　既に地域密着型サービス事業所の指定をうけている事業者が，地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において，届出事項に変更がないときには，「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名，生年月日，住所及び職名」「当該申請に係わる事業の開始予定年月日」「当該申請に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて届出を省略できます。また，既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が，地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様に届出を省略できます。

　　　4　この様式により難いときは，この様式に準じた別の様式を使用することができます。

付表10　指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| Email | |  | | | | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | |  | | | | | | | 住所 | | (郵便番号　　　　－　　　　) | | |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| 生年月日 | |  | | | | | | |
| 当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無 | | | | | | | | | | | | | □有　　　　□無 |
| 同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入) | | | | | 名称 | | |  | | | | | |
| 兼務する職種  及び勤務時間等 | | | | |  | | | |
|  | | | |
| ○人員に関する基準の確認に必要な事項 | | | | | | | | | | | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | | | | | | 介護支援専門員 | | | | | | |  |
| 専従 | | | | 兼務 | | |
|  | | 常勤(人) | | | | |  | | | |  | | |
| 非常勤(人) | | | | |  | | | |  | | |
| 事業開始時の利用者の推定数 | | | | | | | | 人 | | | | | |  |
| 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　管理者の兼務については，添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。

付表10　指定居宅介護支援事業者の指定に係る記載事項　添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 添付書類 | 参考様式 |
| 1 | 登記事項証明書又は条例等 |  |
| 2 | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表 | 参考様式1 |
| 3 | 管理者の経歴 |  |
| 4 | 平面図 | 参考様式3 |
| 5 | 運営規程 |  |
| 6 | 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5 |
| 7 | 関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容 |  |
| 8 | 誓約書 | 参考様式6 |
| 9 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 | 参考様式7 |

備考　3「管理者の経歴」は，主任介護支援専門員研修修了証(経過措置期間中は介護支援専門員証の写し)を添付ください。