様式第１号(第２条関係)

地域包括支援センター設置届出書

年　　月　　日

　（あて先）三芳町長

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者(代表者) | 所在地名称職・氏名 |

　次のとおり、介護保険法に規定する地域包括支援センターについて、関係書類を添えて届け出ます。

|  |
| --- |
| １　届出者に係る事項 |
| フリガナ法人の名称 | 　 |
| 　 |
| 法人の主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　　　) |
| 　 |
| (ビルの名称等) |
| 法人の連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 法人の種別及び所轄庁 | 種別 | 　 | 所轄庁 | 　 |
| 代表者の職・氏名・生年月日 | 職名 | 　 | フリガナ | 　 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　　　　　) |
| 　 |
| (ビルの名称等) |

　備考１　｢法人種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「（一般又は公益）社団法人」「（一般又は公益）財団法人」等の別を記入してください。

　　　２　「法人所轄庁」欄は、届出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。

２　地域包括支援センターに係る事項

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナセンターの名称 | 　 |
| 　 |
| センター設置の予定年月日 | 　　　　年　　月　　日　　　　新規　・　継続（　　　年　　月　　日～） |
| 担当する行政区 | 　　　 |
| 管理者 | 氏名 |  | 職種 |  |
| 主たる事務所 | 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　　　) |
| 　 |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| 営業日(勤務日) | 　 |
| 営業時間(勤務時間) | 　 |
| 営業時間外の対応法 | 　 |
| 従たる事務所 | 所在地 | (郵便番号　　　―　　　　　　　) |
| 　 |
| (ビルの名称等) |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| 営業日(勤務日) | 　 |
| 営業時間(勤務時間) | 　 |
| 営業時間外の対応法 | 　 |
| 当該事業の根拠 | 当該事業の実施を定める定款、寄附行為等の条文 | 第　　条　第　　項　第　　号 |
| 職員の職種・員数(人)　 | 保健師(準ずる者) | 社会福祉士(準ずる者) | 主任介護支援専門員（準ずる者） | 　その他町長の認める者 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 　 | 常勤 | (主たる事務所)(従たる事務所) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤 | (主たる事務所)(従たる事務所) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　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　主たる事務所以外に従たる事務所を設ける場合、職員の職種・員数は、常勤、非常勤欄の上段に主たる事務所分を、下段に従たる事務所分を計上してください。なお、職種は、それぞれに準ずる者については（　）で記入してください。

３　地域包括支援センターの職員は、指定介護予防支援事業所の職員との兼務のみ可能です。