様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

指定居宅介護支援事業所

指定介護予防支援事業所　指定申請書

年　　月　　日

（あて先）三芳町長

　　　　　　　　　　 　　　　　 　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　 　申請者

　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　　名　称

　介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)を受けたいので、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　　　－　　　　　） |
| （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・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） |
| 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 当該申請に係る事業の開始の予定年月日 | 地域包括支援センターの設置年月日（設置している場合に記入） |
|  |  |
| 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） |

備考　1　「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には、記載しないでください。

　　　2　「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」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　 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に当該市町村長に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略させることができる。

付表　事業所の指定に係る記載事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | フリガナ | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 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・寄附行為等の条文 | 　 |
| 管理者 | フリガナ | 　 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 地域包括支援センターにおける他の職種との兼務の有無 | 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(兼務の場合記入すること。) | 名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 従業者の職種・員数(人) | 担当職員 | その他の職員(事務職員等) |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 　 | 常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用料 | 法定代理受領分以外 | 　 |
| その他の費用 | 　 |
| 通常の事業実施地域 | 　 |
| 事業の開始時の利用者の推定数 | 　 |
| 添付書類 | 　 |

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　主な掲示事項については、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。

　　　3　出張所等がある場合、所在地及び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。

　　　4　当該指定居宅サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定居宅サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金がわかるような料金表を提出してください。