様式第1号(第5条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業者指定・更新申請書

年　月　日

　(あて先)三芳町長

申請者　所在地

名称

代表者氏名

　介護保険法に規定する介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者として指定を受けたいので、関係書類を添えて(新規・更新)申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業所所在地市町村番号 | 　 |
| 申請者 | 名称(ふりがな) | 　 |
| 主たる事務所の所在地 | (郵便番号　　　　　　―　　　　) |
| 申請者連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 法人の種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 代表者職・氏名・生年月日 | 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　　　　―　　　　) |
| 事業所の状況 | 名称(ふりがな) | 　 |
| 事業所等の所在地 | (郵便番号　　　　　　―　　　　) |
| 　　同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 　　事業の開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 添付書類 |
| 指定を受けようとする事業 | 訪問型相当サービス | 　 | 　 | 　 | 付表1 |
| 訪問型サービスA | 　 | 　 | 　 | 付表2 |
| 通所型相当サービス | 　 | 　 | 　 | 付表3―1 |
| 通所型サービスA | 　 | 　 | 　 | 付表4―1 |
| 既に指定を受けている事業 | 訪問看護 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 介護予防訪問介護 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 通所介護 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 介護予防通所介護 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 介護保険事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 総合事業者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定受けている他市町村名 | 　 |

1「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」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(NPO法人等)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「実施事業」欄は、今回の申請に係るもの及び既に指定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の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

6「既に指定を受けている事業の指定年月日」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載してください。

7「総合事業事業者番号」欄は、この申請に係る事業所が三芳町外にある場合で、事業所所在地の市町村から介護予防・日常生活支援総合事業の指定事業所の指定を受けている場合に、その番号を記載してください。

付表1(第5条関係)

指定事業者の指定に係る記載事項(訪問介護相当)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管理者 | ふりがな | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 〒 |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | 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) | 名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 　サービス提供責任者 | ふりがな | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| ふりがな | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| 利用者の推定数 | 人 |
| 従業者の職種・員数 | 訪問介護員等 |
| 専従 | 兼務 |
| 　 | 常勤 | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 |
| 常勤換算後の人数 | 人 |
| 基準上の必要人数※ | 人 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 円 |
| 法定代理受領分以外 | 円 |
| その他の費用 | 円 |
| 通常の事業の実施地域 | 　 |

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別紙に記入して添付してください。

　　　2　主な掲示事項の欄については、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。

付表2(第5条関係)

指定事業者の指定に係る記載事項(訪問型サービスA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 利用者の推定数 | 　　　　　　　　　　　　　人 |
| 管理者 | ふりがな | 　 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 〒 |
| 訪問介護員等との兼務の有無 | 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) | 名称 | 　 |
| 兼務する職種及び勤務時間等 | 　 |
| 訪問事業責任者 | ふりがな | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| 資格の種類 | 　 | 資格取得年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| ふりがな | 　 | 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |
| 資格の種類 | 　 | 資格取得年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 従業者の職種・員数 | 訪問介護員・研修受講者等 |
| 専従 | 兼務 |
| 　 | 常勤 | 人 | 人 |
| 非常勤 | 人 | 人 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 円 |
| 法定代理受領分以外 | 円 |
| その他の費用 | 円 |
| 通常の事業の実施地域 | 　 |

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別紙に記入して添付してください。

　　　2　主な掲示事項の欄については、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　訪問事業責任者の要件は、介護福祉士、介護職員初任者研修等修了者又は町長が定める研修の受講者になります。

付表3―1(第5条関係)

指定事業者の指定に係る記載事項(通所介護相当)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管理者 | ふりがな | 　 | 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 住所 | 〒 |
| 介護職員等との兼務の有無 | 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 | 　 |
| 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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 食堂及び機能訓練室の合計面積 | 　　　　　　　　　　　　　　m2 |
| 基準上の必要数値 | 　　　　　　　　　　　　　m2以上 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用定員 | 　 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 円 |
| 法定代理受領分以外 | 円 |
| その他の費用 | 円 |
| 通常の事業の実施地域 | 　 |

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別紙に記入して添付してください。

　　　2　機能訓練指導員の欄については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記入してください。

　　　3　主な掲示事項の欄については、記入を省略し、別紙として添付して差し支えありません。

　　　4　当該事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、付表3―2(通所介護相当(2単位目以降))に記入して添付してください。

付表3―2

通所介護相当(2単位目以降)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| (　　　　　　　)単位 | 従事者の職種・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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要人数(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用定員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 円 |
| 法定代理受領分以外 | 円 |
| その他の費用 | 円 |
| 通常の事業の実施地域 | 　 |
| 事業所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| (　　　　　　　)単位 | 従事者の職種・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) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 基準上の必要人数(人) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用定員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 円 |
| 法定代理受領分以外 | 円 |
| その他の費用 | 円 |
| 通常の事業の実施地域 | 　 |

付表4―1(第5条関係)

指定事業者の指定に係る記載事項(通所型サービスA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| 所在地 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管理者 | ふりがな | 　 | 生年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 住所 | 〒 |
| 介護職員等との兼務の有無 | 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 | 　 |
| 実施単位数 | 単位 | 事業所で同時に通所事業を行う利用者の上限数 | 人 |
| 通所事業所の提供に必要な場所の合計面積 | m2 |
| 従業者の職種・員数 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 　 | 常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 非常勤(人) | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 適合の可否 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 当該単位のサービスで同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の合計面積 | 人 | m2 |
| 主な掲示事項 | 営業日 | 　 |
| 営業時間 | 　 |
| 利用定員 | 　 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 円 |
| 法定代理受領分以外 | 円 |
| その他の費用 | 円 |
| 通常の事業の実施地域 | 　 |

備考　1　記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、又は別紙に記入して添付してください。

　　　2　従事者の職種・員数の欄は、従事者の職種及び員数を記入してください。

　　　3　主な掲示事項の欄については、記入を省略し、別紙として添付して差し支えありません。

　　　4　当該事業所内で複数の単位を実施する場合にあっては、付表4―2(通所型サービスA(2単位目以降))に記入して添付してください。

付表4―2

通所型サービスA(2単位目以降)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | ふりがな | 　 |
| 名称 | 　 |
| (　　　　　　　)単位 | 従事者の職種・員数 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 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 | 　 |
| 利用定員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 円 |
| 法定代理受領分以外 | 円 |
| その他の費用 | 円 |
| 通常の事業の実施地域 | 　 |
| (　　　　　　　)単位 | 従事者の職種・員数 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 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 | 　 |
| 利用定員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 利用料 | 法定代理受領分 | 円 |
| 法定代理受領分以外 | 円 |
| その他の費用 | 円 |
| 通常の事業の実施地域 | 　 |

参考様式　添付書類2―(4)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設名 | 　 |

|  |
| --- |
| 措置の概要 |
| 1　利用者からの相談又は苦情等に対応する窓口等、担当者の設置など2　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・方針など3　その他参考事項 |

備考　上記の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記載してください。

参考様式　添付書類2―(5)

事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　年　　　月分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 勤務形態 | 資格 | 氏名 | 第1週 | 第2週 | 第3週 | 第4週 | 4週の合計 | 兼務先及び兼務する職務内容 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 管理者 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| サービス提供責任者 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 従業者 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 計 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

【備考】

※数字の下の欄には、当該月の曜日を記入してください。

1　勤務形態の欄には、下記区分のとおり記載してください。

勤務形態の区分　A：常勤で専従　B：常勤で兼務　C：非常勤で専従　D：非常勤で兼務

2　資格の欄には、下記の省略記号を記載してください。

資格の省略記号　介：介護福祉士　初：初任者研修　実：実務者研修　訪：訪問介護員養成研修1，2級　基：介護職員基礎研修　研：研修受講者　看：看護師　准：准看護師

添付書類2―(6)

介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業費算定に係る体制等に関する届出書

年　　月　　日

　(あて先)三芳町長

事業者所在地

事業者名称

代表者職名・氏名

　このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | ふりがな名称 | 　 |
| 　 |
| 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 | 　 |
| 法人である場合その種別 | 　 | 法人所轄庁 | 　 |
| 代表者の職名・氏名 | 職名 | 　 | 氏名 | 　 |
| 代表者の住所 | (郵便番号　　　―　　　) |
| 　 |
| 事業所の状況 | 主たる事業所の所在地 | (郵便番号　　　―　　　) |
| 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地 | (郵便番号　　　―　　　) |
| 　 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 管理者の氏名 | 　 |
| 管理者の住所 | (郵便番号　　　―　　　) |
| 　 |
| 介護保険(総合事業)事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 届出を行う事業所の状況 | 同一所在地において行う事業等の種類 | 実施事業 | 指定年月日 | 異動等の区分 | 異動(予定)年月日 | 異動項目(※変更の場合) | 市町村が定める単位の有無(市町村記載) |
| 第1号訪問事業 | 訪問介護相当サービス | 　 | 　 | 1新規　2変更　3終了 | 　 | 　 | 1　有　2　無 |
| 訪問型サービスA | 　 | 　 | 1新規　2変更　3終了 | 　 | 　 | 1　有　2　無 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 第1号通所事業 | 通所介護相当サービス | 　 | 　 | 1新規　2変更　3終了 | 　 | 　 | 1　有　2　無 |
| 通所型サービスA | 　 | 　 | 1新規　2変更　3終了 | 　 | 　 | 1　有　2　無 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 介護保険(総合事業)事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 指定を受けている市町村 | 　 |
| 特記事項 | 変更前 | 変更後 |
| 　 | 　 |
| 関係書類 | 　 |

備考

　1【法人である場合その種別】欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「公益社団法人」「一般財団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

　2【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。

　3【実施事業】欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

　4【異動等の区分】欄は、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。

　5【異動項目】欄は、「介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業費算定に係る体制等に関する一覧表」に掲げる項目を記載してください。

　6【特記事項】欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

　7【主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地】について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

添付書類2―(7)別紙

介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業費算定に係る体制等に関する一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 事業所名 | 　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供サービス | 施設等の区分 | 人員配置区分 | その他該当する体制等 | 割引 |
| A2 | 訪問型サービス(独自) | 　 | 　 | サービス提供責任者体制の減算 | 1　なし　2　あり | 1　なし　2　あり |
| 特別地域加算 | 1　なし　2　あり |
| 中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況) | 1　非該当　2　該当 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況) | 1　非該当　2　該当 |
| 介護職員処遇改善加算 | 1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ　4　加算Ⅴ |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ |
| A3 | 訪問型サービスA | 　 | 　 | サービス提供責任者資格加算 | 1　なし　2　あり | 1　なし　2　あり |
| 介護職員処遇改善相当加算 | 1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ　4　加算Ⅴ |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ |

添付書類2―(7)別紙

介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業費算定に係る体制等に関する一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 事業所番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 事業所名 | 　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供サービス | 施設等の区分 | 人員配置区分 | その他該当する体制等 | 割引 |
| A6 | 通所型サービス(独自) | 　 | 　 | 職員の欠員による減算の状況 | 1　なし　2　看護職員　3　介護職員 | 1　なし　2　あり |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1　なし　2　あり |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 1　なし　2　あり |
| 運動器機能向上加算 | 1　なし　2　あり |
| 栄養改善加算 | 1　なし　2　あり |
| 口腔機能向上加算 | 1　なし　2　あり |
| 選択的サービス複数実施加算 | 1　なし　2　あり |
| 事業所評価加算〔申出〕の有無 | 1　なし　2　あり |
| サービス提供体制強化加算 | 1　なし　4　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ |
| 生活機能向上連携加算 | 1　なし　2　あり |
| 介護職員処遇改善加算 | 1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ　4　加算Ⅴ |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ |
| A7 | 通所型サービスA | 　 | 　 | 職員の欠員による減算の状況 | 1　なし　2　介護職員 | 1　なし　2　あり |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 1　なし　2　あり |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 1　なし　2　あり |
| 運動器機能向上加算 | 1　なし　2　あり |
| 栄養改善加算 | 1　なし　2　あり |
| 口腔機能向上加算 | 1　なし　2　あり |
| 個別サービス計画加算 | 1　なし　2　あり |
| 人員配置加算 | 1　なし　2　あり |
| 選択的サービス複数実施加算 | 1　なし　2　あり |
| 事業所評価加算〔申出〕の有無 | 1　なし　2　あり |
| サービス提供体制強化加算 | 1　なし　4　加算Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ |
| 生活機能向上連携加算 | 1　なし　2　あり |
| 介護職員処遇改善加算 | 1　なし　6　加算Ⅰ　5　加算Ⅱ　2　加算Ⅲ　3　加算Ⅳ　4　加算Ⅴ |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 1　なし　2　加算Ⅰ　3　加算Ⅱ |

(参考様式　添付書類2―(8))

介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない旨の誓約書

年　　月　　日

　(あて先)三芳町長

申請者　所在地

名称

代表者氏名

　三芳町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定申請に当たり、申請者が、介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しない者であることを誓約します。

　また、介護保険法第115条の45第1項第1号に定める第1号事業のうち指定を受けた事業について、当該基準に従い適正に行うことを併せて誓約します。

三芳町　介護予防・日常生活支援総合事業　指定事業者の指定確認リスト

|  |  |
| --- | --- |
| 申請に係る事業所の名称 | 　 |
| 連絡先 | (お名前)　　　　　　　　　　様　(連絡先電話番号) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出 | 様式番号等 | 内容 | 新規申請確認欄 | 更新申請確認欄 | 参考様式 |
| 必須 | 様式第1号 | 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定・更新申請書 | 　 | 　 | 　 |
| 選択 | 様式第1号付表1 | 指定事業者の指定に係る記載事項(訪問介護相当) | 　 | 　 | 　 |
| 様式第1号付表2 | 指定事業者の指定に係る記載事項(訪問型サービスA) | 　 | 　 | 　 |
| 様式第1号付表3―1 | 指定事業者の指定に係る記載事項(通所介護相当) | 　 | 　 | 　 |
| 様式第1号付表3―2 | 通所型相当(2単位目以降) | 　 | 　 | 　 |
| 様式第1号付表4―1 | 指定事業者の指定に係る記載事項(通所型サービスA) | 　 | 　 | 　 |
| 様式第1号付表4―2 | 通所型サービスA(2単位目以降) | 　 | 　 | 　 |
| 必須 | 添付書類2―(1) | 登記事項証明書又は条例等 | 　 | 　 | 　 |
| 添付書類2―(2) | 建物の構造概要及び各室の用途を明示した平面図及び設備の概要 | 　 | 　 | 　 |
| 添付書類2―(3) | 運営規程 | 　 | 　 | 　 |
| 添付書類2―(4) | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 | 　 | 　 | ○ |
| 添付書類2―(5) | 当該申請事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態 | 　 | 　 | ○ |
| 添付書類2―(6) | 第1号事業費算定に係る体制等に関する届出書 | 　 | 　 | 　 |
| 添付書類2―(7) | 第1号事業費算定に係る体制等に関する一覧表 | 　 | 　 | 　 |
| 添付書類2―(8) | 誓約書 | 　 | 　 | ○ |
| 備考 | 1　この用紙もご提出ください。2　連絡先欄は、実際に書類を作成した方のお名前をご記入ください。　お問合せ等がある場合に使用します。3　選択様式は、予定しているサービスにより必要な書類のみを作成し提出してください。4　参考様式は、必ず使用しなければならない様式ではなく、参考様式の内容程度に整備された書面がある時は、その書面に変えることができます。5　書類の提出の際は、上記のリストの順番により「様式第1号」を一番上にして提出してください。6　添付書類等は、A4版のサイズに収まるように調整してください。7　受領確認が必要な事業所は、町に提出する書類とは別に、「申請書(様式第1号)」のコピーを1部ご持参ください。受領印を押してお返しいたします。 |
| 【受付日】　　年　月　日【確認】書類不足　□なし　□あり【不足内容】【修正内容】 |