様式第4号(第5条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

年　　月　　日

　身延町長　　　　様

(申請者)

所在地

名　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

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

介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所所在市町村番号 | |  | | |
| 申 　請 　者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所　　在　　地 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 |  | | |
| 法人の種別 | | | |  | | | | | | | | | | | | 法人の所轄庁 | | |  | | | |
| 代 表 者 の 職名・  氏名・生年月日 | | | | 職　名 | | |  | | | | | | | | | フ リ ガ ナ | | |  | | 生年月日  　　年　　月　　日 | |
| 氏　　　名 | | |  | |
| 代表者の住所 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を受けようとする事業所 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所  の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所等  の所在地 | | | | (〒　　　―　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 |  | | |
| 事 業 所・施 設 の 種 類 | | | | | | | | | | | | | | 実施事業 | | | 既に受けている指定の有効期間満了日 | | | | | 様　式 |
| 介護予防・生活支援サービス | 訪問型サービス | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | 付表1-1  付表1-2 |
| 通所型サービス | 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | 付表2-1  付表2-2  付表2-3 |
| 介護保険事業所番号 | | | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | | 申　請　書　担　当　者 | | |  | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  | |  | | 連　　　　絡　　　　先 | | |  | | |

備考

1　「受付番号」及び「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

2　「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください｡

3　「法人の所轄庁」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　「実施事業」欄は、今回の更新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　「既に受けている指定の有効期間満了日」欄は，更新を受けようとする事業所・施設及び同一所在地にある指定事業所の指定の有効期間満了日を記入してください。

付表1-1　介護予防訪問介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | 住所 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | |
| 訪問介護員等との業務の有無 | | | | | | | | | | （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 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 住所 | | （〒　　　－　　　　） | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 住所 | | （〒　　　－　　　　） | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 常勤換算後の人数（人） | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| 基準上の必要人数（人） | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 適合の可否 | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 主な掲示事項 | 営業日  （営業する日に○） | | | 日 | | | 月 | | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | 祝 | その他年間の休業日 | | |  |
|  | | |  | |  |  |  |  |  | |  |
| 営業時間 | | | （平日）　　～　　　（土曜）　　～　　　（日・祝日）　　～ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | 介護報酬告示上の額の１割又は２割  （負担割合証の割合に準ずる） | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | 介護報酬告示上の額 | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | |

備考1　「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2　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。

3　「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。

4　出張所等がある場合、所在地、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。

5　当該サービス以外のサービスを実施する場合には､当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください｡

付表1-2　介護予防訪問介護相当サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | | | | | | | FAX番号 |  |
| 主な掲示事項 | 営業日  （営業する日に○） | | | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | 祝 | その他年間の休業日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 営業時間 | | | （平日）　　～　　　（土曜）　　～　　　（日・祝）　　　～ | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 | | | | | | | 介護報酬告示上の額の１割又は２割  （負担割合証の割合に準ずる） | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | 介護報酬告示上の額 | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | |

備考1　「受付番号」欄には、記入しないでください。

2　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。

3　「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。

付表2-1　介護予防通所介護相当サービス事業者の指定に係る記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | 第　　　条第　　　項第　　　号 | | | | | | | |
| 管　理　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | 住所 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | |
| 当該通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | 基準上の必要数値 | | | | | 適合の可否 | | |
|  | | | ㎡  （うち機能訓練室　　　 ㎡） | | | | | | | | | | ㎡以上 | | | | |  | | |
| 主な掲示事項 | 営業日 | | | 単位ごとの営業日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 営業時間 | | | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用定員 | | | 人（単位ごとの定員①　　　人　②　　　人　③　　　人） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用料 | | | 法定代理受領分 | | | | | | | | | | 介護報酬告示上の額の１割又は２割  （負担割合証の割合に準ずる） | | | | | | | |
| 法定代理受領分以外 | | | | | | | | | | 介護報酬告示上の額 | | | | | | | |
| その他の費用 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考1　「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2　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。

3　「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。

4　機能訓練指導員については、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載してください。

5　従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。

6　当該サービス以外のサービスを実施する場合には､当該サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください｡

付表2-2　介護予防通所介護相当サービス事業者(2単位目以降)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 主な掲示事項 | 定　員 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | 日 | | | 月 | | | 火 | 水 | | | | 木 | | | | | 金 | | 土 | | 祝 | | | その他年間の休日 | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |
| 営業時間 | 平日 | | | | | |  | | | | ～ | | | | |  | | | | 土曜 | | | |  | | ～ |  | | 日曜・祝日 | | | | |  | | ～ |  |
| 備考 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 主な掲示事項 | 定　員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | | 日 | | | 月 | | 火 | | 水 | | | | | 木 | | | | 金 | | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | | | |  | | | | ～ | | | | |  | | | | 土曜 | | | |  | | ～ |  | | 日曜・祝日 | | | | |  | | ～ |  |
| 備考 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単　位 | 従業者の職種・員数（単位別） | | | | | | | | | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |
| 主な掲示事項 | 定　員 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 営業日 | | 日 | | | 月 | | 火 | | 水 | | | | | 木 | | | | 金 | | 土 | | 祝 | | その他年間の休日 | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
| 営業時間 | | 平日 | | | |  | | | | ～ | | | | | |  | | | | 土曜 | | | |  | | ～ |  | | 日曜・祝日 | | | | |  | | ～ |  |
| 備考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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、別添として差し支えありません。

付表2-3　介護予防通所介護相当サービス事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事　業　所 | フリガナ | |  | | | | | | |
| 名　　称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | |  | | FAX番号 |  | |
|  | 食堂及び機能訓練室の用に供する区画の合計面積 | | | | | 基準上の必要数値 | | | 適合の可否 |
|  | | | ㎡ | | ㎡以上 | | |  |
| 掲示事項 | 営業日 | | | 単位ごとの営業日 | | | | | |
| 営業時間 | | | 単位ごとのサービス提供時間（送迎時間を除く）（①　：　～　：　②　：　～　：　③　：　～　：　） | | | | | |
| 利用定員 | | | 人（単位ごとの定員①　　　人　②　　　人　③　　　人） | | | | | |
| 添付書類 | | | | 平面図 | | | | | |

備考1　「受付番号」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には、記入しないでください。

2　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。

3　事業所を複数有するときは、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。