様式第1号（第3条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 市使用欄 |  |

**酒田市介護予防・日常生活支援総合事業**

**指定事業者指定申請書**

　　 年　　 月　　 日

酒田市長　宛

所在地

申請者

名　称

介護保険法に規定する事業者に係る指定を受けるため、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　　　－　　　　　　） |
| （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　　　－　　　　　　） |
|
| （ビルの名称等） |
| 指定を受けようとする事業所の種類 | 事業所等の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　　　） |
| （ビルの名称等） |
| 同一所在地において行う事業の種類 | 実施事業 | 指定申請をする事業の事業開始予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定年月日 | 様式 |
| 訪問型サービス | 訪問介護サービス |  |  |  |  |
| 介護予防訪問介護サービス |  |  |  |  |
| 訪問型サービス（現行相当） |  |  |  |  |
| 訪問型サービス（Ａ型） |  |  |  | 付表1-2 |
| 通所型サービス | 通所介護サービス |  |  |  |  |
| 介護予防通所介護サービス |  |  |  |  |
| 通所型サービス（現行相当） |  |  |  |  |
| 通所型サービス（Ａ型） |  |  |  | 付表2-2 |
| その他のサービス |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | （既に指定を受けている場合） |
| 指定を受けている他市町村名 |  |
| 医療機関コード等 |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考1　「市使用欄」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　「法人所轄庁」欄、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、今回申請す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　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。

**付表1-2　酒田市介護予防・日常生活支援総合事業**

**訪問型サービスＡ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　　　－　　　） |
|  |
| 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 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 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 | （郵便番号　　－　　　） |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　－　　　） |
| 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 |  |
| 営業時間 |  |
| 利用料 | 法定代理受領分（甲欄または乙欄の該当する負担分） |
| 法定代理受領分以外 |
| その他の費用 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添「付表1-3　指定（許可）申請に係る必要書類一覧」のとおり |

備考

1　「市使用欄」「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2-2　酒田市介護予防・日常生活支援総合事業**

**通所型サービスＡ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　　　－　　　） |
|  |
| 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 | （郵便番号　　　　－　　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 当該通所型サービス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 |  |
|  | 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 |
|  | ㎡　 | ㎡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）**注：　利用定員は介護サービス、介護予防相当サービスとの合計を記入。** |
| 利用料 | 法定代理受領分 |  |
| 法定代理受領分以外 |  |
| その他の費用 | 入浴に係る費用 |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 添付書類 | 別添「付表2-3　指定（許可）申請に係る必要書類一覧」のとおり |

備考

1　「市使用欄」「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式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｡