様式第１号（第４条関係）

行田市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者

指定（更新）申請書

　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 行 田 市 長 |  |
|  | 所在地  　　　　　　申請者　名　称  代表者職・氏名 |

介護保険法に規定する事業者に係る指定（更新）を受けたいので、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 | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　　都道　　　　　　郡市  　　　　　　　府県　　　　　　区町村 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・  名前・生年月日 | | 職名 | | |  | | | | | | | フリガナ | | | | |  | | | | | | 生年  月日 | | 年　　月　　日 |
| 名　前 | | | | |  | | | | | |
| 代表者の住所 | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　　都道　　　　　　郡市  　　　　　　　府県　　　　　　区町村 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設  の所在地 | | (〒　　　―　　　　)  　　　　　　　都道　　　　　　郡市  　　　　　　　府県　　　　　　区町村 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | | | |
| 事 業 所・施 設 の 種 類 | | | | | | | | | | 実施事業 | | | | | | | | 指定申請をする事業等の  事業開始予定年月日 | | | | | | 既に指定を受けている  事業等の指定年月日 | |
| 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | Ａ２ | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | Ａ３ | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | Ａ６ | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 通所型サービスＡ | | | | | | Ａ７ | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| 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 | | | |  | | | | |

（表面）

備考

１　「法人の種別」欄は，「社会福祉法人」，「医療法人」，「一般社団法人」，「一般財団法人」等の別を記入すること。

２　「法人の所轄庁」欄は，申請者が許可法人である場合に，その主務官庁の名称を記入すること。

３　「実施事業」欄は，今回の申請に係るもの及び既に指定等を受けているものについて，該当する欄に○を記入すること。

４　「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は，該当する欄に事業等の開始予定年月日を記入すること。

５　「既に指定を受けている事業等の指定年月日」欄は，指定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・指定施設の指定年月日（法第７１条第１項又は法第７２条第１項（法第１１５条の１１において準用する場合を含む。）の規定により指定があったものとみなされたときは，保険医療機関等の指定を受けた年月日）を記入すること。

６　「医療機関コード等」欄は，保険医療機関，保険薬局又は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，そのコードを記入すること。複数のコードを有する場合には，様式を補正して，そのすべてを記入すること。

７　関係書類は、次のとおりとし、書式は埼玉県の介護保険事業者による指定申請に準じる。

⑴　既に指定を受けた介護予防サービス事業所等が介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービスのみを実施する場合は、指定通知の写しを添付すること。

⑵　介護保険事業所等の指定を受けた事業所が、介護予防サービス事業所等の指定を受けずに介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービスを実施する場合は、指定通知の写し及び付表１－１又は付表２－１の内、該当するものを添付すること。

⑶　介護保険事業所等の指定を受けた事業所が介護予防訪問介護相当サービス及び介護予防通所介護相当サービスと併せて、緩和された基準によるサービスを実施する場合、又は既に介護保険事業所等の指定を受けた事業所が緩和された基準によるサービスのみ実施する場合は、既に指定を受けた介護保険事業所等の指定通知の写しと併せて次のものを添付すること。

　・通所型サービスを行う指定事業者にあっては、平面図(各室の用途を明示したもの。)及び設備の概要

・事業計画書（サービス提供単位一覧表を含む）

・付表１－２、１－３又は付表２－２、２－３の内、該当するもの

⑷　介護保険事業所等の指定を受けていない事業所が緩和された基準によるサービスを実施する事業者は次のものを添付すること。

　・登記事項証明書

・通所型サービスを行う指定事業者にあっては、平面図(各室の用途を明示したもの。)及び設備の概要

・運営規程

　・事業計画書（サービス提供単位一覧表を含む）

　・関係法令を遵守する誓約書

　・利用者からの苦情を処理するためのに講ずる措置の概要

　・付表１－３又は２－３の内、該当するもの

（裏面）