|  |
| --- |
| 受付番号※ |

　別紙第１号様式（第３条関係）

**大郷町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者　指定申請書**

　　年　　月　　日

大郷町長　　　　　　殿

所在地

申請者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

大郷町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定等に関する要綱第３条第１項の規定により、介護保険法第１１５条の４５の５に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | （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　年　　月　　日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　）　　　　 |
|
|  |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 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 | 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（第1号訪問事業） |  |  |  | 付表１ |
| 通所型サービス（第1号通所事業） |  |  |  | 付表２ |
| 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） |  |  |  |  |
| 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　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄は、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」「株式会社」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　「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。

８　既に介護予防・日常生活支援総合事業所の指定を受けている事業者が、他の介護予防・日常生活支援総合事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係るサービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※ |

**付表1　　　　　訪問介護相当サービス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 | （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（一割負担分） |
| 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紙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

ス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください｡

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※ |  |

**付表２　　　　通所介護相当サービス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 | （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 |  |
|  | 常　勤（人） |  |  |  |  |
| 非常勤（人） |  |  |  |  |
| 基準上の必要人数　※ |  |  |  |  |
| 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） |
| 利　用　料 | 法定代理受領分（一割負担分） |  |
| 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 | 別添のとおり |

備考　1　「受付番号」「基準上の必要人数」「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紙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の状況が分かるような料金表を提出してください｡

|  |
| --- |
| 受付番号※ |

別紙第４号様式（第５条関係）

**大郷町介護予防・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

大郷町長　　　　　　殿

所在地

申請者　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

大郷町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第５条第１項の規定により、介護保険法第１１５条の４５の６に規定する事業所に係る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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | （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　年　　月　　日 |
| 氏名 |
| 代表者の住所 | （郵便番号　　　－　　　　　　）　　　　 |
|
|  |
| 指定を受けようとする事業所 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 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 | 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（第1号訪問事業） |  |  |  | 付表１ |
| 通所型サービス（第1号通所事業） |  |  |  | 付表２ |
| 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業） |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄は、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」「株式会社」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　「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。

８　既に介護予防・日常生活支援総合事業所の指定を受けている事業者が、他の介護予防・日常生活支援総合事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係るサービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。

別紙第７号様式（第６条関係）

**大郷町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者変更届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　大郷町長　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　　称

代表者名

　大郷町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第６条の規定により、次のとおり指定を受けた内容を変更しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所 | 名　称 |
| 所在地 |
| サ ー ビ ス の 種 類 |  |
| 変 更 が あ っ た 事 項 | 変　更　の　内　容 |
| １ | 事業所の名称 | （変更前） |
| ２ | 事業所の所在地 |
| ３ | 申請者の名称 |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |
| ５ | 代表者の氏名及び住所 |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書･条例等(当該事業に関するものに限る） |
| ７ | 事業所の建物の構造、専用区画等 |
| ８ | 事業所の管理者の氏名及び住所 | （変更後） |
| ９ | 運営規程 |
| １０ | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |
| １１ | 役員の氏名及び住所 |
| １２ | 併設施設の状況等 |
| １３ | 利用定員 |
| 変　更　年　月　日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |

備考　１　該当項目番号に〇を付してください。

　　　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。

別紙第８号様式（第７条関係）

**大郷町介護予防・日常生活支援総合事業廃止・休止・再開届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　大郷町長　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事業者　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　大郷町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定に関する要綱第７条第１項の規定に基づき、次のとおり事業を廃止・休止・再開しますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名　称 |
| 所在地 |
| サービスの種類 | 訪問型　・　通所型　・　介護予防ケアマネジメント |
| サービスの名称 |  |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃　止 ・ 休　止 ・ 再　開 |
| 廃止・休止・再開する年月日 | 　　　　　　 年　 　月　 　日 |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置（廃止・休止する場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 　　　　年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該サービスに係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

（参考様式１）

**従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表**

(　　　　年　　月分)　サービス種類(　　　　　　　　　　　　　　　　)

事業所・施設名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)



（参考様式２）

**サービス提供責任者の経歴書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 所 又 は 施 設 の 名 称 |  |
| カナ |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 　住所 | (郵便番号　　　　　　　－　　　　　　) |  |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 主　　な　　職　　歴　　等 |
| 年　　月　～　　年　　月 | 　　勤　　務　　先　　等　　　　　 | 　　職　務　内　容 |
| 　 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職務に関連する資格 |
| 資 格 の 種 類 | 資 格 取 得 年 月 |
|  |  |
| 備　考（研修等の受講の状況等） |

備考１　「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」又は「経験看護師等」と記入してください。

　　２　住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

　　３　当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宣拡張して、

　　　　その全てを記入してください。

　　（参考様式３）

　　設備・備品等一覧表

サービス種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

事業所名・施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部屋・設備の種類 | 設備基準上適合すべき項目についての状況 | 適合の可否 |
| サービス提供上配慮すべき設備の概要非常災害設備等 |  |  |
| 備品の目録 | 備品の品名及び数量 |  |
|  |  |  |

備考１　申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

　　２　必要に応じて写真等を添付し、その旨を併せて記載してください。

　　３　「適合の可否」の欄には、何も記載しないでください。

（参考様式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 |  |
| 申請するサービス種類 |  |

|  |
| --- |
| 措　置　の　概　要 |
| １　利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置２　円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順３　苦情があったサービス事業者に対する対応方針等（居宅介護支援事業者の場合記入）４　その他参考事項 |

　備考　上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してください。

（参考様式５）

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

大　郷　町　長　殿

所 在 地

申請者　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　住　　所

申請者及び申請する法人の役員等が、下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

記

|  |
| --- |
| （介護保険法第１１５条の４５の５第２項） 市長村長は、前項の申請があった場合において、申請者が厚生労働省令で定める基準に従って適正に第１号事業を行うことができないと認められるときは、指定事業者の指定をしてはならない。 （介護保険法施行規則第１４０条の６３の６）　法第１１５条の４５の５第２項に規定する厚生労働省令で定める基準は、市町村が定める基準であって、次のいずれかに該当するものとする。(１)　第１号事業（第１号生活支援事業を除く。）に係る基準として、次に掲げるいずれかに該当する基準イ　介護保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成２７年厚生労働省令第四号）附則第２条第３号若しくは第４条第３号の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成１８年厚生労働省令第３５号。ロにおいて「旧指定介護予防サービス等基準」という。）に規定する旧介護予防訪問介護若しくは旧介護予防通所介護に係る基準の例による基準又は指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成１８年厚生労働省令第３７号。ロにおいて「指定介護予防支援等基準」という。）に規定する介護予防支援に係る基準の例による基準ロ　旧指定介護予防サービス等基準に規定する基準該当介護予防サービス（旧介護予防訪問介護及び旧介護予防通所介護に係るものに限る。）に係る基準又は指定介護予防支援等基準に規定する基準該当介護予防支援に係る基準の例による基準ハ　平成２６年改正前法第５４条第１項第３号又は法第５９条第１項第２号に規定する離島その他の地域であって厚生労働大臣が定める基準に該当するものに住所を有する居宅要支援被保険者等が、平成２６年改正前法第５４条第１項第３号又は法第５９条第１項第２号に規定するサービスを受けた場合における当該サービスの内容を勘案した基準(２)　第１号事業に係る基準として、当該第１号事業に係るサービスの内容等を勘案した基準（前号に掲げるものを除く。） |