様式第１号（第２条関係）

様式第　魚津市介護予防・生活支援サービス事業指定事業者指定（更新）申請書

平成　　年　　月　　日

魚津市長　あて

所在地

申請者

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

介護予防・生活支援サービス事業指定事業者の（指定・指定の更新）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（開　設）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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　－　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定（更新）を受けようとする事業所の種類 | 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（許可）年月日 | | 添付  様式 |
| 介護予防・生活支援サービス事業 | 介護予防訪問介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表１ |
| 訪問型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表１ |
| 介護予防通所介護相当サービス | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表２ |
| 通所型サービスＡ | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | | 付表２ |
| 今回申請する事業の有効期限を上記サービス事業と同一の事業所において一体的に実施している居宅サービス事業の指定の有効期間満了日に合わせることの申出の有無  　　□申出する　　　　□申出しない　　（どちらかにチェック） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に魚津市から受けている指定の有効期間満了日 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |

＜備考＞

１「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｡

２「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。

３「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。

４「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

５「既に指定を受けている事業等の指定年月日」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。

付表1　介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスＡ等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（訪問事業責任者） | | 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１のとおり | | | | | | | | | | | | |

＜備考＞１ 「※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　当該訪問型サービス以外のサービスを実施する場合には､当該訪問型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｡

別添１

介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスＡ等事業所の指定に係る

指定事業者指定（更新）申請に係る添付書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | 添　　付　　書　　類 | 申請する事業・施設の種類 | | | | 備　考 |
| 相当サービス | ササービススＡ |  |  |  |
| １ | 申請者の定款、寄附行為等 |  |  |  |  |  |
| 履歴事項全部証明書 |  |  |  |  |  |
| 条例等 |  |  |  |  |  |
| ２ | 建物の構造概要及び平面図 |  |  |  |  |  |
| 整備の概要（設備・備品一覧） |  |  |  |  |  |
| ３ | 管理者の経歴書（氏名、生年月日、住所等） |  |  |  |  |  |
| サービス提供責任者（訪問事業責任者）の経歴書（氏名、生年月日、住所）及び資格証の写し |  |  |  |  |  |
| ４ | 運営規程 |  |  |  |  |  |
| 利用者との契約書 |  |  |  |  |  |
| 利用者への重要事項説明書 |  |  |  |  |  |
| ５ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  |  |  |
| ６ | 当該申請事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態 |  |  |  |  |  |
| 上記従事者の資格証の写し |  |  |  |  |  |
| ７ | 資産の目録 |  |  |  |  |  |
| 当該年度の事業計画書･収支予算書、 |  |  |  |  |  |
| 損害保険証書の写し等 |  |  |  |  |  |
| ８ | 誓約書（法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面） |  |  |  |  |  |
| ９ | 役員の氏名、生年月日及び住所（役員名簿） |  |  |  |  |  |
| 10 | (別紙19)事業費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |  |
| 11 | (別紙1-4)事業費算定に係る体制等状況一覧表 |  |  |  |  |  |
| 上記算定加算に関する届出（割引・特別地域加算  ・中山間地域等加算・処遇改善加算・その他　　　　　　） |  |  |  |  |  |
| 12 | その他必要書類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |  |

　＜備考＞

　１　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

２　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

３　添付書類は、指定介護サービス事業所及び指定介護予防サービス事業所の指定を受けている場合は、

その指定申請時に添付した書類の写しでもかまいません。

付表2　介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスＡ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（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） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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２のとおり | | | | | | | | | | | | | | | |

＜備考＞

１ 「※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　当該通所型サービス以外のサービスを実施する場合には､当該通所型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｡

別添２

介護予防通所介護相当サービス・通所型サービスＡ事業所の指定に係る

記載事項指定事業者指定（更新）申請に係る添付書類一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所・施設の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　号 | 添　　付　　書　　類 | 申請する事業・施設の種類 | | | | 備　考 |
| 相当サ  ービス | サービスＡ |  |  |  |
| １ | 申請者の定款、寄附行為等 |  |  |  |  |  |
| 履歴全部事項証明書 |  |  |  |  |  |
| 条例等 |  |  |  |  |  |
| ２ | 建物の構造概要及び平面図 |  |  |  |  |  |
| 整備の概要（設備・備品一覧） |  |  |  |  |  |
| ３ | 管理者の経歴書（氏名、生年月日、住所） |  |  |  |  |  |
| ４ | 運営規程 |  |  |  |  |  |
| 利用者との契約書 |  |  |  |  |  |
| 利用者への重要事項説明書 |  |  |  |  |  |
| ５ | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 |  |  |  |  |  |
| ６ | 当該申請事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態 |  |  |  |  |  |
| 上記従業者の資格証等の写し |  |  |  |  |  |
| ７ | 資産の目録 |  |  |  |  |  |
| 当該年度の事業計画書･収支予算書 |  |  |  |  |  |
| 損害保険証書の写し等 |  |  |  |  |  |
| ８ | 誓約書（法第115条の45の5第2項に該当しないことを誓約する書面） |  |  |  |  |  |
| ９ | 役員の氏名、生年月日及び住所（役員名簿） |  |  |  |  |  |
| 10 | (別紙19)事業費算定に係る体制等に関する届出書 |  |  |  |  |  |
| 11 | (別紙1-4)事業費算定に係る体制等状況一覧表 |  |  |  |  |  |
| 上記算定加算に関する届出(職員欠員減算・若年性認知症受入・選択的サービス関係・事業所評価・サービス提供体制強化・処遇改善加算・割引・その他　　　　　　　　　　　　　) |  |  |  |  |  |
| 12 | その他必要書類（　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） |  |  |  |  |  |

　＜備考＞

　１　添付書類欄の記載事項は、申請する事業・施設に応じて適宜修正してください。

２　該当欄に「○」を付し、複数の事業所等に共通する添付書類については、「◎」を付してください。

３　添付書類は、指定介護サービス事業所及び指定介護予防サービス事業所の指定を受けている場合は、

その指定申請時に添付した書類の写しでもかまいません。

様式第２号（第５条関係）

魚津市介護予防・生活支援サービス事業指定事業者変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　魚津市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

事 業 者 名　　　称　　　　　　　　　　　　 　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サ　―　ビ　ス　の 種 類 | |  | | | | | | | | | | |
| 変 更 が あ っ た 事 項 | | 変　更　の　内　容 | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所・施設の名称 | （変更前） | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所・施設の所在地 |
| 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、生年月日、住所及び職名 |
| ６ | 定款･寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る） |
| ７ | 事業所・施設の建物の構造、専用区画等 | （変更後） | | | | | | | | | | |
| ８ | 事業所・施設の管理者又はサービス提供責任者等の氏名、生年月日及び住所（経歴書） |
| ９ | 運営規程 |
| 10 | 役員の氏名、生年月日及び住所 |
| 11 | サービス事業費算定に係る届出及び一覧表 |
| 12 | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　 １　該当項目番号に〇で囲んでください。

　　　 ２　変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第３号（第５条関係）

魚津市介護予防・生活支援サービス事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

魚津市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　 名称　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　次のとおり事業の廃止・休止・再開をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休　止 ・ 廃　止 ・ 再　開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置（休止・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 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、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する

　　　書類を添付してください。